Rok XXXV. Kraków 12. Grudnia 1896. Nr. 50.

Redakcya: Przy ulicy Basztowej Nr. 4.

Administracya: Szpital św. Ludwika, przy ulicy Strzeleckiej Nr. 2.

Ekspedycya miejscowa: w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Ogłoszenia przyjmują: w Krakowie Administracya a w Paryżu p. Adam 81. rue des Saints Pères.

# PRZEGLĄD LEKARSKI

## ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH
## KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

Przedpłatę przyjmują: Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego w Krakowie nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe w Warszawie księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, Księgarnia Wendego i Spółki, w Paryżu p. Adam 81, rue des Saints Pères w Nowym Jorku Dr. Bronisław Grabowicz 137: Clinton and 180 Broome Streets.

Rękopisy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

| | w Austryi | w Król. Polskiem i Ces. Ros. | w Niemczech | we Francyi |
|---|---|---|---|---|
| Rocznie: | 8 złr. 80 ct. | 6 rsr. | 14 mk. | 24 fr. |
| Półrocznie: | „ 4 „ 40 „ | „ 3 „ | „ 7 „ | „ 12 „ |
| Kwartalnie: | „ 2 „ 20 „ | „ $1^1/_2$ „ | „ $3^1/_2$ „ | „ 6 „ |

### Treść:

Rok XXXV. Kraków 12. Grudnia 1896. Nr. 50.

# PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

## I. O doniosłości znaczenia soli mineralnych dla ustroju.

Podał

**Dr. W. D. Moraczewski,**

asystent kliniki lekarskiej prof. Eichhorsta w Zurychu.

Wiadomo jest od czasu Liebiga, że sole mineralne są składnikiem niezbędnym wszystkich tkanek i biorą niepośledni udział w sprawach zarówno roślinnych jak zwierzęcych. Doświadczenia Förstera, Bungiego, Lunina i wielu innych wykazały, że zwierzęta, pozbawione części mineralnych, wskutek żywienia wyługowanymi pokarmami, padają wśród objawów ogólnego porażenia. Już ten szczegół, że śmierć nie zostaje wywołana przez zagłodzenie lub ogólne wyniszczenie, lecz przez zaburzenia przyrody nerwowej, (a przynajmniej wśród objawów nerwowych) wskazuje, że w sprawach życiowych, role soli nie ograniczają się do ułatwienia wsysania pokarmów, albo ich przerabiania. Nie kusimy się nawet wyjaśniać na czem polega ta rola pierwiastków mineralnych. Możnaby tu przytoczyć kilka zdań chyba na to, ażeby zarazem i słabe strony ich wykazać. Niemieccy autorowie upatrują główną przyczynę niezbędności soli w ułatwianiu rozpuszczalności ciał białkowatych. Niezaprzeczenie niektóre ciała białkowate, pozbawione soli, są co najmniej bardzo trudno rozpuszczalne; ale znamy białka Hartnacka, które mimo swej czystości, nawet w alkoholu rozpuszczać się dają i owa nierozpuszczalność białek stosuje się raczej do jednej tylko grupy, tak zwanych globulinów, które, jak n. p. sernik, rozpuszczają się nawet w alkoholu, dopóki nie zostaną pozbawione soli wapiennych; tracą natomiast zdolność rozpuszczania się w wodzie, z chwilą pozbawienia ich soli mineralnych. Nowe badania Wintera oparte na dawnych prawach, przez de Vriesa wygłoszonych, a przez Hamburgera, Tammana i innych opracowanych, wykazują, że ciśnienie osmotyczne wszystkich soków w ciele zwierzęcem zawartych, jest jednakie i wahać się może w granicach bardzo drobnych. Na tem buduje Winter nie bez słuszności doniosłe znaczenie soli dla organizmu. Wreszcie poznaliśmy przez prace: Chittendena, Lanleya, Langleya Ringera, v. Wittiga, Grütznera, Paschutina i innych, że tak zwane procesy katalityczne, procesy wywołane przez fermenty czyli enzymy, niesłychanie wzmocnione bywają przez dodanie soli mineralnych. Ponieważ w organizmie wielka ilość takich procesów zachodzi, więc i ta okoliczność mogłaby być powodem niezbędności soli w pokarmach.

Bądź co bądź wyznać musimy, że wszelkie te objaśnienia, choć same przez się nie wystarczające, potrochu dają pojęcie o tych rozmaitych zadaniach, jakie sole w organizmie spełniać mogą. Gdybyśmy, nie wdając się w teoretyczne dociekania, przytoczyć chcieli zastósowania soli mineralnych w praktyce i wykazali, co dotąd o zawartości soli mineralnych w sokach wiemy, mielibyśmy nierównie więcej materyału. Nie tylko bowiem rolnictwo użytkuje teraz sole z całą świadomością ich doniosłości, lecz z dniem każdym przybywa faktów wykazujących, iż, dla odżywiania zwierząt i ludzi, sole podobnie ważną rolę odgrywają. Pomimo potężnego wpływu Voita, który w znanej swej pracy wykazał, że sól kuchenna wywołuje powiększenie wydzielania azotu, przeciwne zdanie innych badaczów coraz więcej zaczyna nabierać znaczenia; na podstawie doświadczeń na zwierzętach utrzymują Salkowski, Dubelir, Fränkel i inni, że sole oszczędzają wydzielanie azotu i pomagają do odżywiania. Weiske, który początkowo podzielał zdania Voita, teraz na podstawie prac uczniów swoich przechodzi potrochę na stronę przeciwną. Obok soli kuchennej, sole wapienne podlegały podobnym badaniom, jakkolwiek w znacznie mniejszej liczbie. Wykazano nie tylko ich łatwą wsysalność, chociażby podane były w związkach nierozpuszczalnych, jak kreda (Saborow, Perl, Lehmann, Riessel, Tereg i Arnold i t. d.), ale stwierdzono i doniosłość ich w odżywianiu organizmu. Forster nie przekonał się o dodatnim wpływie soli wapiennych na asymilacyę tłuszczów.

Tyle co do normalnych warunków odżywiania. W sprawach chorobowych sole nie mniejszą zdają się odgrywać rolę. Dawne poszukiwania Bequerela i Rodiera, Karola Schmidta z Dorpatu nad krwią, pozostały bez naśladowców. Przez długi czas sprawa zawartości soli we krwi leżała odłogiem i dopiero w nowszych czasach powrócono do tych badań, które zdają się wróżyć obfite wyniki. Od czasów Jakscha analiza krwi weszła w zwyczaj, a v. Limbeck, E. Freund, Biernacki i t. d. uzupełnili ją przez oznaczanie, obok azotu, składników mineralnych. Prace dotąd prowadzone trochę bez systemu, wykazały jednak tyle ciekawych szczegółów i dały tak typowe wyniki, że już niektóre prawa zasadnicze dałyby się ustalić. Między innemi zdaje się nie podlegać wątpliwości, że chlorki krwi zmniejszone bywają w zapaleniu płuc, zwiększone natomiast w niedokrewności. Poszukiwania robione przezemnie w zupełności potwierdziły wyniki analiz wyżej wspomnianych autorów. Zarówno zmniejszenie chlorków w sprawach zapalnych, jak zwiększenie w niedokrewności, bez względu, czy ta została wywołaną zwykłą blednicą, czy też taką chorobą jak rak, nie ulega wątpliwości. Zwiększenie chlorków łatwo daje się wykazać w wielu innych cierpieniach, którym towarzyszy puchlina, jak zapalenie nerek; ma jednak w takich przypadkach inne znaczenie. Obok chlorków we krwi uwzględnione zostały fosforany, przyczem okazało się, że ilościowemu ich zmniejszeniu towarzyszy zwiększenie się chlorków i, że zarówno jak chlorki,

w sprawach zapalnych ostrych zgoła inaczej się zachowują, niżeli w sprawach chronicznych, połączonych z niedokrewnością. Biernacki wielką doniosłość przypisuje zmianom w zawartości sodu i wykazuje, na zasadzie najnowszych swoich badań, że zwiększenie alkaliczności krwi w blednicy na tem powiększeniu polega. Zauważmy nawiasem, że ilość sodu zdaje się iść w parze z ilością chlorków, tym samym podlegać wahaniom, i w tych samych chorobach je objawiać. Powody tych zmian upatrują autorowie w zawartości wody we krwi. Większość zgadza się ze zdaniem Karola Schmidta, według którego wszelkie zmiany we krwi, a w szczególności znane już zmiany w zawartości chlorków, dadzą się wyjaśnić rozmaitym składem części płynnych krwi. Im więcej krew wodnista, tem oczywiście więcej soli wsiąkać może. Zdanie to zgadza się zarówno z odkryciem Wintera, dotyczącem isosmotyczności wszystkich tkanin, jak i Hamburgera o isosmotyczności plasmy i ciałek krwi, wreszcie nie sprzeciwia się klinicznemu doświadczeniu, według którego wszelkiego pochodzenia niedokrewności usposabiają do puchliny i posiadają krew wodnistą. A jednak zdanie to nie da się rozciągnąć na wszystkie przypadki, a przy omawianiu zamiany soli w organizmie, powrócimy raz jeszcze do tego przedmiotu.

Od dawna znane i opracowywane pole wymiany materyi w organizmie, wzbogacone zostało w nowszych czasach przez badania, które obok wymiany azotu, brały pod uwagę i wymianę soli mineralnych. Zaczęto i teraz od chlorków. Prace Klemperera, Müllera, Schöppa, Laudenheimera wykazały, że w przebiegu raka chlorki bywają zatrzymywane w organizmie w mniej lub więcej znacznych ilościach, mniej lub więcej stale. Wkrótce pojawiły się prace, w których zachowanie się chlorków badano w innych chorobach n. p. v. Terreya w zapaleniu płuc. Wyniki badań nad krwią powodowały mnie do poszukiwań nad zachowaniem się chlorków w niedokrewności w ogóle, przyczem z doświadczeń zdawało się wypływać, że zatrzymanie chlorków w organizmie zgadza się zawsze z zwiększeniem ich ilości we krwi. Niezgodne co do zatrzymywania chlorków wyniki, do których dochodzili tacy badacze, jak Müller, Laudenheimer Schöpp, wynikały poczęści z tego, że nieuwzględniono tej kwestyi przy powyższych badaniach. Wzmiankowaliśmy poprzednio o hipotezie Schmidta; owóż ta hipoteza najzupełniej zgadzałaby się z wynikami różnych badań. Zdawałoby się że jedyną przyczyną zatrzymania chlorków w organizmie, objawiającą się w zbogaceniu krwi w chlorki, jest wodnistość całego ciała, konstatowana zarówno w anemiach jak w procesach zapalnych. Przy bliższem badaniu tej sprawy daje się jednak łatwo wykazać, że samą wodnistością organizmu zatrzymania chlorków we krwi objaśnić nie możemy. Wynika bowiem z pracy v. Terrey'a, że w zapaleniu płuc chlor, zatrzymywany w organizmie, dochodzi do takich rozmiarów, że ani płuca, ani żaden organ pomieściłby go nie był w stanie, (wiadomo, że wszelkie wysięki zapalne obfitują w chlorki). I v. Terrey przyjmuje zdanie Schmidta i dopatruje w zatrzymywaniu wody przez organizm przyczyny zatrzymania chlorków. W obu tedy procesach w niedokrewności zarówno jak w zapalnych chorobach, chlorki zatrzymane zostają. W obu nibyto przez rozwodnienie tkanek. Tymczasem we wszystkich zapalnych sprawach spotykamy zmniejszenie chloru we krwi, we wszystkich niedokrewnościach powiększenie jego. Gdyby więc tylko zwodnienie tkanek było przyczyną zatrzymania chloru, musiało by ono w jednym przypadku przybierać inne formy i nie dotyczyć krwi. Staraliśmy się wykazać, ile ciekawych pytań powstało wskutek badania zachowania się chloru w organizmie. Nie mniej interesujące wyniki wykazują badania, dotyczące wapna. Bagiński, Rey, Neuman, Lehmann, badali zachowanie się soli wapiennych w chorobach kości, po większej części z małym skutkiem. Okazało się bowiem, że ani krzywica ani rozmiękczenie kości nie prowadzą do poważnych zmian w wydzielaniu wapna. Senator wykazał, że w gruźlicy wydzielanie wapna się zwiększa, G. Hoppe Seyler znalazł takowe u chorych, którzy skazani byli na długie leżenie w łóżku; może być że Senatora przypadki do tej samej kategoryi należą. Zupełnie niespodziewane, a przez licznych autorów potwierdzone, jest zachowanie się wapna w cukrzycy. Toralbo, Neuman, dawniej jeszcze Gehtgens, znaleźli bardzo znaczne straty wapna, przez czas trwania choroby. Moje doświadczenia, przy których ilości wapna zarówno w pożywieniu jak w odchodach co dzień ściśle oznaczane były, wykazują straty 1·0 wapna dziennie. Zważywszy, że cukrzyca jedynie dotąd straty wapna wykazuje, (wszystkie zapalne choroby i niedokrewność zatrzymują wapno), zważywszy dalej, że dotychczasowe wiadomości o tej chorobie na bardzo kruchych podstawach są oparte, musimy przyznać, że i w tym przypadku solom mineralnym ważna przychodzi rola w udziale.

Po tem cośmy dotąd powiedzieli, łatwo zrozumieć dla czego autorowie, badający wpływ soli na odżywianie organizmu, do tak różnych dochodzili wniosków. W prawidłowym organizmie dodanie soli kuchennej albo wapna do jadła nie może sprowadzić zbyt wielkich różnic, gdyż nadmiar soli prawdopodobnie szybko wydzielonym zostanie. Jeżeli wszelako, po przeprowadzeniu ścisłych doświadczeń okaże się, że organizm w jakiej bądź chorobie jedną z soli, bądź fosforany, bądź sole chlorowe, albo wapienne, traci lub zatrzymuje w wielkiej ilości, natenczas wszelkie jest prawdopodobieństwo, że dodanie powyższych soli do jadła może być obfite w skutki. Zauważyliśmy naprzykład, że w blednicy chlor zostaje zatrzymany, okazało się, że dodanie chlorków do żelaznych soli wielce podnosi ich skuteczność. W cukrzycy sole wapienne odgrywają rolę wyjątkową; za dodaniem soli wapiennych nie tylko zostają one zatrzymywane w wielkiej ilości, ale, co ważniejsza, wpływają dodatnio na odżywienie i zmiejszają ilość cukru w moczu. Zajęci jesteśmy doświadczeniami, które w innych chorobach wpływ soli mineralnych uwydatnić mogą i spodziewamy się donosłość znaczenia soli na silniejszych oprzeć podstawach.

To co dotąd powiedzieliśmy o znaczeniu soli, zarówno dla prawidłowego jak i chorego organizmu, wykazuje, że wpływ soli mineralnych należy do bardzo potężnych. C. v. Noorden, uważany obecnie za wielkiego znawcę wymiany materyi oświadcza zarówno w swojej książce, jak i w artykułach świeższej daty, że sole wapienne wielka przyszłość czeka. Sądzę, że to samo dałoby się o innych solach powiedzieć. Tak mało znamy wypadków, gdzieby stosunek ilości soli spożytych do ilości wydzielanych był ściśle określonym, że nawet przewidzieć nie możemy, do jakich wyników nas te doświadczenia doprowadzić mogą. To pewna, że obok ciał białkowatych i ich pochodnych, obok grupy kwasu moczowego etc., stanęły teraz sole mineralne jako czynnik nie mniej poważny. O tyle przyszłość ich pewniejsza, że nasze

badania dotyczą w tym razie ciał lepiej znanych i łatwiej oznaczeniu ścisłemu podległych. Być może, że doniosłość, jaką im nowsze naukowe badania przypisują, są wyrazem tej nowej fazy, w którą z dniem każdym więcej wstępuje chemia. Nie tylko sprawy chemiczne, nie tylko zamiana energii, wywołane działaniem ciał złożonych, grają dziś rolę. Coraz więcej nabierają wpływu te siły, które do innej dziedziny dotąd należały, a których energia zdaje się coraz mniej potrzebować pomocy chemicznej energii. Jak w chemii siłom fizycznym, siłom cząsteczkowym, coraz więcej przypisują wpływu, tak w fizyologii drobinowym tym ciałom, które dotąd uważano za szkielet, za składniki bez ruchu, a które teraz mają się stać źródłem nowej energii.

---

## II. O skazie moczanowej.

Podał

**Dr. Józef Wiczkowski,**

przełożony pracowni chemiczno-lekarskiej przy szpitalu powszechnym we Lwowie.

(Według wykładu mianego w Sekcyi lwowskiej Tow. lek. gal.).

---

Sprawa skazy moczanowej (*diathesis uratica*) zajmuje ciągle i żywo umysły badaczy, mimo, że literatura lekarska w tym kierunku może się poszczycić obfitym i doborowym materyałem. Wprawdzie prace Kossla i Horbaczewskiego, pochodzące z ostatnich lat, wykryły na pewno źródło i pochodzenie kwasu moczowego, a tem samem utorowały drogę do dalszych badań, to przecież sam proces chorobowy, jako też istota rzeczy pozostały nierozwiązanem dotychczas jeszcze zagadnieniem. Lecz właśnie dzięki tym pracom zmieniło się niejedno w pojęciach i zapatrywaniach na tę ciekawą chorobę, a ztąd zmienić się musiało i w leczeniu. Warto jest obejrzeć się po za siebie, aby tem łatwiej i prędzej pójść naprzód. Ponieważ przedmiot ten od lat kilku żywo mnie zajmował, i niejednokrotnie miałem sposobność wejrzeć w rzecz bliżej tak ze stanowiska teoretycznego jako też praktycznego, przeto poważyłem się naszkicować w głównych zarysach rozwój nauki o skazie moczanowej i o jej leczeniu.

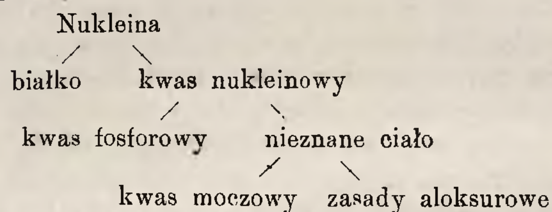
Skaza moczanowa jest nazwą, nadaną na podstawie jednego tylko objawu, mianowicie wydzielania się kwasu moczowego w tkaninach ustroju. Objaw ten jest wprawdzie ważny i stały, ale nie określa istoty rzeczy; jest tylko skutkiem jakichś innych czynników. Mianem tem musimy posługiwać się tak długo, dopóki nie otrzyma się odpowiedzi na pytanie, z jakich przyczyn, wśród jakich warunków, wydziela się ze krwi kwas moczowy, aby następnie osadzić się w narządach i to ten kwas moczowy, który jest bardzo trudno we wodzie rozpuszczalny, a raz rozpuszczony wydziela się dopiero po dodaniu zgęszczonego kwasu solnego i to po dłuższym czasie. Co chemik zaledwie jest zdolny uskutecznić w próbówce swymi energicznymi środkami, to pewne organizmy dokonują z wielką łatwością, lecz na swoją szkodę.

Co do źródła kwasu moczowego w ustroju, istniało do niedawna przekonanie, że jak mocznik, tak i kwas moczowy powstają z rozkładu istot białkowych, czyli że jedno jest źródło dla kwasu moczowego i mocznika.

Nawet stosunek kwasu moczowego do mocznika zdawał się być blizkim i ścisłym; jakoby kwas moczowy znajdywał się w szeregu produktów rozkładowych białka przed końcowym najwyższym produktem utlenienia, przed mocznikiem. Doświadczenia za tem przemawiały; przez utlenienie bowiem kwasu moczowego za pomocą kwasu azotowego powstaje mocznik obok aloksanu. Czyli innemi słowy, kwas moczowy tworzy się, gdy za mało jest tlenu do spalenia istot białkowych na najwyższy przetwór, na mocznik. Frerichs, Wöhler, Zabylin stwierdzili to i na zwierzętach.

Twierdzeniu temu sprzeciwiły się następujące doświadczenia: Senator zmniejszając domieszkę tlenu do ustroju zwierzęcego przez sztucznie utrudnione oddychanie, nie mógł wykazać zwiększania się ilości kwasu moczowego; a z drugiej strony azot, podany pod jakąkolwiekbądź postacią ptakom obdarzonym bardzo żywym narządem oddechowym, u których sprawa utlenienia najenergiczniej się odbywa, zawsze wydzielał się jako kwas moczowy.

Zresztą mocznik tworzy się w ustroju, nie przechodząc przez produkt uznany za pośredni, t. j. przez kwas moczowy, a w pewnych warunkach powstaje także syntetycznie z kwasu węglowego i amoniaku. Dopiero prace Kossla i jego szkoły wykryły właściwe źródło kwasu moczowego, a mianowicie nukleinę, zawartą w jądrach ciałek białych. Do istotnych składników ciałek białych, należą także ciała nukleinowe obok ciał białkowatych, lecytyny, cholestearyny i ciał nieorganicznych. W ciałach nukleinowych jest kwas nukleinowy, obfitujący w fosfor związany z białkiem. Chemiczne badanie kwasu nukleinowego odkryło w drobinie kwasu tego grupy atomów, które zawierają w sobie atomy azotu i węgla w odmiennem połączeniu, aniżeli w białku; ztąd też przy rozkładzie ciał nukleinowych powstają ciała azotowe, zwane zasadami aloksurowemi, jak adenina, guanina, ksantyna i hypoksantyna. Ta grupa azotowa okazuje swoją budową chemiczną i swemi własnościami blizkie powinowactwo z kwasem moczowym; tak n. p. przy rozkładzie tych ciał powstaje aloksan i mocznik, podobnie jak przy rozkładzie kwasu moczowego. Ponieważ w ustroju nie ma ciała innego, któreby tak blisko stało kwasu moczowego, jak powyższe ciała azotowe, przeto musiała się nasunąć myśl, że i kwas moczowy, czy to bezpośrednio czy pośrednio, tworzy się z ciał nukleinowych, czyli z jądra ciałek białych. Taki szemat możnaby tutaj nakreślić:




Stadthagen, a później Horbaczewski tę myśl dalej rozwinęli. Horbaczewski poddawał gniciu miąższ śledzionowy wraz z krwią lub z nadniedokwasem wodu, celem utlenienia i otrzymał z 1 grm. miąższu 2,5 mlgr. kwasu moczowego; z samego zaś miąższu, bez dodatku krwi, a więc bez utlenienia, otrzymał ksantynę i hypoksantynę (adenina i guanina przy gniciu utleniają się). A więc z tego samego materyału otrzymał i kwas moczowy i zasady aloksurowe, pierwszy przez utlenienie, a drugie bez utlenienia. Także z czystej nukleiny, uzyskanej z miąższu śledzionowego, miał te same wyniki. W organizmie żyjącym powyższe doświadczenia Horbaczewskiego w zupełności się sprawdzają. Ponieważ z ciał, które zawierają w sobie nukleinę ulegają rozpadowi przeważnie

ciałka białe krwi, przeto ilość kwasu moczowego zależy głównie od ilości rozpadających się ciałek białych. Większą więc ilość kwasu moczowego znajdziemy tam, gdzie jest zwiększona liczba leukocytów, n. p. po obfitem mięsnem jedzeniu, po podaniu nukleiny, która wywołuje leukocytozę, po pewnych lekach jak: pilokarpina, antipiryna, antyfebryna, gliceryna, salicylan sodowy, alkohol. Na odwrót, po chininie, atropinie, podczas głodzenia się, mało leukocytów i mało kwasu moczowego. W chorobach, w których przebiegu rozpadają się tkanki obfitujące w nukleinę, zwiększa się ilość kwasu moczowego, i tak: w bielicy, otruciu fosforowem, w dławcowem zapaleniu płuc, w charłactwie, w marskości wątroby, w spaleniach i oparzeniach skóry. Równocześnie z kwasem moczowym zwiększa się także ilość ciał aloksurowych.

Wogóle nauka Kossla i Horbaczewskiego opiera się na tylu pewnych i zasadniczych podstawach, że obecnie nikt nie może wątpić w jej prawdziwość; tem samem upaść musiały dawniejsze dowodzenia, jakoby kwas moczowy powstawał wprost z białka i był w szeregu produktów rozkładowych przed mocznikiem. Ważny to zwrot w nauce o skazie moczanowej, szczególnie ze względu na terapię, o czem poniżej.

Roztrząsnąwszy w ten sposób ważną sprawę w mojem założeniu, bo źródło kwasu moczowego w ustroju, należy mi w świetle tych nowych pojęć rozpatrzyć się, jak się zachowuje ilość kwasu moczowego w moczu, we krwi chorych na skazę moczanową, i o ile możnaby ztąd wysnuć pewne wnioski dla wytłómaczenia istoty choroby. Ilość kwasu moczowego w moczu dorosłego człowieka, ważącego przeciętnie 70 klgr., wynosi 0·6—0·8 grm. na dobę, a w stosunku do mocznika jak 2,7:100 — 3·2:100. W zwykłych warunkach kwas moczowy wydziela się rychlej, aniżeli łatwiej rozpuszczalny mocznik. Nie wdając się w przytaczanie bardzo licznych prac w tym kierunku, że tu wymienię tylko Camerera, Pfeiffera, i Schmidta, oświadczam zgodnie z mojemi doświadczeniami, że ilość kwasu moczowego w moczu chorych na skazę moczanową jest różną, raz większą, innym razem mniejszą od ilości prawidłowej, zależy najwięcej od okresu choroby. Nie ma wogóle ścisłych i niezawodnych danych dla twierdzenia, którego możnaby się *à priori* spodziewać, że n. p. ilość kwasu moczowego jest zwiększoną. Bo jeżeli nawet uwzględnimy stosunek mocznika do kwasu moczowego, co należy zawsze czynić w takich doświadczeniach, to i tak nie otrzymamy żadnej podstawy do przypuszczenia, jakoby kwas moczowy w skazie moczanowej wydzielał się w większej ilości. Za tem przemawia także brak onego źródła, poprzednio wykazanego, t. j· brak leukocytozy, nie mówiąc tutaj o charłactwie, sprowadzonem skazą moczanową. Również co do ilości kwasu moczowego, wydzielanego podczas napadu dny, są zdania podzielone; przeważa jednak mniemanie, że ilość kwasu moczowego w moczu jest zwiększona. Zdawałoby się, że rozstrzygającem tutaj powinno być równoczesne badanie krwi i moczu co do ilości kwasu moczowego. Skąpe są doświadczenia w tym kierunku, gdyż badania krwi obecnie są utrudnione, od chwili, gdy odstąpiono od zbytnich upustów krwi.

Klemperer znalazł we krwi podczas napadu dny, w jednym przypadku 0 067 p. m., w drugim 0·0915 p. m., w trzecim 0 088 grm. p. m. kwasu moczowego.

W moczu, w tych razach, ilość kwasu moczowego była różną, wahała się prawie w granicach prawidłowych, mianowicie: gdzie było więcej kwasu moczowego w moczu, było go więcej i we krwi i na odwrót; a nadto siła napadu dnowego nie była zależną od ilości kwasu moczowego we krwi. Ale i w innych chorobach znaleziono we krwi kwas moczowy; i tak Jaksch znalazł w dwu przypadkach duru brzusznego, w ośmiu, (na 9 badanych) przypadkach chorób nerkowych ostrych i chronicznych i t. d. Ztąd widzimy, że kwas moczowy znajduje się we krwi w przebiegu różnych chorób, że więc nie można mówić o zatrzymaniu się kwasu moczowego we krwi tylko w skazie moczanowej.

(Ciąg dalszy nastąpi).

---

## III. W sprawie walki z alkoholizmem.

Podał

**Dr. Stanisław Daniłło,**
Docent Akademii wojskowo-lekarskiej w Petersburgu.

(Streszczenie odczytu wygłoszonego w r. b. na zjeździe sanitarnym lekarzy ziemskich w Petersburgu).

Szanowni Panowie!

Otrzymawszy zaszczytne dla mnie wezwanie do wzięcia udziału w pracach zjazdu, pragnąłbym przemówieniem mojem zwrócić uwagę szanownego zgromadzenia na dwa zagadnienia, mające, jak mniemam, doniosłe znaczenie dla sprawy tak ważnej, jak walka z alkoholizmem. W walce tej musimy rozróżnić dwa kierunki. Na jeden z nich, mający charakter więcej ogólny, składają się wszelkie czynniki zapobiegawcze ochronne, należące do higieny ludowej i policyi lekarskiej. Szerokie tu ma zastósowanie inicyatywa społeczna, polegająca na oddziaływaniu na lud drogą psychiczną, przez odczyty, stósowne wydawnictwa, zakładanie gospód, herbaciarni, czytelni, z zastrzeżonem z góry niedopuszczeniem do tych zakładów wszelkich napojów wyskokowych. Natomiast walka z alkoholizmem jednostek, musi oczywiście mieć broń inną. W dzisiejszym stanie wiedzy nie podlega wątpliwości, że opilstwo nałogowe, zwłaszcza chroniczne, należy uważać jako objaw chorobliwy, pomijając nawet znane zboczenia umysłowe, powstające na tle przewlekłego zatrucia alkoholem. Jeśli więc pijaństwo jest chorobą, oczywiście pijak nałogowy powinien się poddać odpowiedniemu leczeniu, zwłaszcza uwzględniając tę okoliczność, że nie wszystkie przypadki chronicznego alkoholizmu są nieuleczalne. Statystyka dowodzi, że przy użyciu odpowiednich środków 30% do 50% nałogowych pijaków doznaje poprawy zdrowia, tak pod względem umysłowym jak i fizycznym. Daje się to jednak osiągnąć tylko przy zastosowaniu leczenia w odpowiednich ku temu warunkach, do których w pierwszym rzędzie należy zmiana trybu życia, oderwanie się od codziennych okoliczności bytu, zmiana otoczenia, inny dozór, przy jednoczesnem odpowiedniem leczeniu fizycznem. Cel taki w zwykłym trybie domowego życia pijaka nie daje się osiągnąć, tu są niezbędne stósownie do naukowych wymagań urządzone instytucye lecznicze.

Sprawa leczenia nałogowych pijaków w zachodniej Europie jest wcale dobrze zorganizowana. O Ameryce, kolebce tych zakładów już nie wspominam. Lecz kiedy w za-

chodniej Europie dziesiątki takich lecznic od dawna są czynne, Rosya nie posiada do dnia dzisiejszego ani jednej odpowiedniej instytucyi leczniczej.

Mając na względzie ten niezadawalniający stan rzeczy, uważam podniesienie sprawy leczenia alkoholików za obowiązek sumienia zawodowego. Należy ją bezzwłocznie postawić na porządku dziennym i wyznać szczerze i otwarcie, że sprawa walki z alkoholizmem nie powinna być uważaną za wyraz tylko filantropii, czy to publicznej, czy też, co jeszcze gorzej, prywatnej. Na podstawie tej zasady i urządzenie zakładów leczniczych dla nałogowych pijaków nie powinno być uważane za jeden z objawów dobroczynności społecznej, lecz ma być uznane, jako potrzeba ogólno-państwowa, na wzór tego, jak to już od dawna dzieje się z zakładami dla umysłowo chorych. Oczywiście nie wyklucza to możebności istnienia lecznic dla alkoholików, założonych i utrzymywanych przez osoby lub instytucye prywatne, lecz w zasadzie, tak zakładanie, jak i utrzymywanie tych specyalnych instytucyj dla nałogowych pijaków, musi stanowić obowiązek państwa, do wypełnienia którego powinny być prawnie zobowiązane zarządy miejskie, ziemskie i rządowe.

Gdyby ten wniosek został tu przyjęty, uważałbym za rzecz nieodzowną, uchwałę tę przedłożyć zjazdowi sanitarnemu, a to w tym celu, żeby na mającym odbyć się w ciągu bieżącego roku zebraniu gubernialnego ziemstwa petersburskiego, rzecz ta mogła być przedstawioną do uwzględnienia miarodajnych sfer ministeryalnych. Co do formy, w którejby powstały takie lecznice, jest to rzecz podrzędna. Między innemi, mogę wskazać na wzór lecznicę Towarzystwa wstrzemięźliwości, której ustawa jest już dziś przez Ministeryum spraw wewnętrznych zatwierdzoną, można się więc do niej zastósować; lecz mogą być zresztą lecznice i innego typu. Nie czas tu, ani miejsce rozwodzić się nad metodami leczenia nałogowych pijaków, jako też obszerniej roztrząsać z klinicznego punktu widzenia objawy alkoholizmu, dzieląc go na rozmaite kategorye. Wiadomo jest, że niektórzy pijacy wymagają tylko dozoru bądź ze stanowiska ogólnego, bądź też specyalnie psychiatrycznego, z powodu choroby umysłowej, rozwijającej się na tle chronicznego alkoholizmu, inni znowu muszą podlegać stósownemu leczeniu, niekiedy nawet przymusowemu. Są to oczywiście sprawy ważne, ale mniejszej doniosłości, niż stanowcze uznanie zasady zakładania specyalnych instytucyj leczniczych dla alkoholików chronicznych, z cechą bądź zakładów rządowych, bądź ziemskich lub miastowych, ale bezwarunkowo nie mających barwy zakładów filantropijnych.

Pozostaje mi jeszcze nakreślić obraz sądowo-psychiatrycznego znaczenia niektórych objawów chronicznego opilstwa występujących w dziedzinie władz umysłowych. Znanym jest fakt, zwłaszcza od czasu spostrzeżeń słynnego amerykańskiego badacza alkoholizmu Dra Crothersa, że z wielkiego szeregu rozmaitych postaci chorób umysłowych, powstających na tle nałogowego pijaństwa, spostrzegamy często objaw automatyzmu pochodzenia alkoholicznego czyli tak zwanego trance (trensu).

W ciągu trwania tego patologicznego stanu (trensu), alkoholik postępuje z pozoru wcale świadomie, po powrocie jednak do stanu prawidłowego nic nie zatrzymuje w świadomości z tego wszystkiego co czynił. W ciągu trwania „trensu“, popełnione bywają najrozmaitsze zbrodnie, wydają się zobowiązania pieniężne; chory taki dopuszcza się najbardziej zwierzęcych gwałtów nad najbliższemi dla niego osobami, posuwa się do zabójstwa itd. Kazuistyka sądowa psychiatryczna i prawnicza, z zakresu prawa tak cywilnego jak i karnego, posiada obfity tego rodzaju materyał. Muszę jednak dodać, że poza kołami zawodowców (lekarzy-psychiatrów i prawników) objawy te chronicznego alkoholizmu są mało znane. Takie stany trensu bywają wywoływane u chronicznych alkoholików czasem niewielką ilością napojów wyskokowych. Oprócz takich chwilowych zaburzeń świadomości, zdarzających się w przewłocznem opilstwie, stan ogólny władz umysłowych takich pijaków, przedstawia długi szereg ciężkich zboczeń: pamięć i wola słabną; alkoholik nie jest w stanie oprzeć się rozmaitym szkodliwym pokusom, poczucie moralnych obowiązków względem rodziny i społeczeństwa zanika, osobnik taki staje się niedołęgą umysłowym, odczyn na bodźce zewnętrzne tępieje w znacznym stopniu. Oprócz tego spostrzegają się czasami napady szału, z objawami podniecenia psychicznego, lub odwrotnie, objawy przygnębienia, podczas trwania których pijaństwo się wzmaga — wywołując swoją drogą szereg nowych objawów, mniej lub więcej groźnych, tak dla chorego, jak i dla otaczających. Oczywiście, wynikiem takiego stanu władz umysłowych pijaka, jest ruina majątkowa i umysłowa. Cierpi na tem rodzina i społeczeństwo, które musi znosić wiele niedogodności, a nawet nieszczęść, z powodu różnych nieprawidłowych postępków niesfornego pijaka, nie uznającego ani praw ani obowiązków.

(Dokończenie nastąpi).

---

## IV. Ventrofixatio vesicae urinariae *(Cystopexia)*.

Podał

**Docent Dr. Leon Kryński.**

(Według wykładu w Towarzystwie lek. krak. dnia 18. Listopada 1896).

Stosunki anatomiczne pęcherza moczowego ulegają dość znacznym zmianom w zależności od wieku. Jego kształt wrzecionowaty o ostro zakończonym wierzchołku u noworodków później stopniowo zaokrągla się na końcach i przyjmuje u dorosłych postać jajowatą, której koniec szerszy stanowi u dołu podstawę, koniec zaś węższy — wierzchołek pęcherza. Jednocześnie zmienia się i położenie pęcherza w stosunku do miednicy, mianowicie obniża się on w całości, opuszczając się wgłąb miednicy małej. Stosunek ten wyraża się (Disse) odległością najbardziej stałego punktu w pęcherzu — ujścia wewnętrznego cewki moczowej — od linii wymiarów prostych wchodu i wychodu miednicy. Według pomiarów Dissego[1]) pierwsza z nich, t. j. odległość od *Conjugata* wchodu, stale się powiększa, podczas gdy ta druga odległość ulega zmniejszeniu wskutek obniżenia się pęcherza. Dokładnie kształty te zauważyć można tylko po rozszerzeniu pęcherza, a więc w stanie napełnionym; pęcherz próżny zapada się i kryje poza spojeniem łonowem, tworząc tam niewielką wypukłość, pokrytą błoną otrzewnową. Co się tyczy mechanizmu rozszerzania pęcherza, to czynność ta, jak wykazał Sappey, odbywa się głównie kosztem ściany tylnej, która rozciągając się, opisuje pewien łuk, przezco wierzchołek pę-

[1]) Disse: Lage der Harnblase. Anatomische Hefte. T. I. 1892.

cherza pochyla się ku przodowi (Tillaux [2]). Mechanizm ten nie pozostaje bez wpływu na dalsze zmiany w kształcie i położeniu narządu. Skutkiem największej czynności podczas rozciągania się pęcherza i następowego opróżniania z moczu, tylna ściana zyskuje stopniowo coraz większą przewagę nad przednią tak, iż z wiekiem przybiera postać półkulistą, do czego przyczynia się jeszcze do pewnego stopnia i ciążenie samego moczu na tę ścianę w położeniu leżącem. Ta ostatnia okoliczność ma tem ważniejsze znaczenie, jeżeli mocz pozostawać musi w pęcherzu czas dłuższy wskutek przeszkód w wydalaniu go. Wówczas, podobnie jak i w innych narządach mięśniowych, warstwa mięśna ściany pęcherzowej ulega przerostowi czynnościowemu skutkiem zwiększonej pracy, co trwa tak długo, aż przeszkoda zostanie wczas usuniętą i wtenczas może nastąpić wyrównanie się i powrót do normy; jeżeli zaś stan nieprawidłowy przewleka się, to warstwa mięśniowa ulega wyczerpaniu i, nie będąc w stanie wypchnąć zbierającej się ilości moczu, ciericzeje, cała zaś ściana pozbawiona przeciwdziałania, ulega parciu płynu od wewnątrz i rozciąga się coraz więcej. W ten sposób powstaje coraz wybitniejsze dno pęcherza *(bas fond*, *Blasenrund)*, które w przypadkach bardziej posuniętych, zagłębiając się, tworzy niekiedy rodzaj głębokiego uchyłku z tyłu poza ujściem wewnętrznem cewki moczowej.

Jak miałem sposobność przekonania się w zakładzie Anatomii patologicznej prof. Browicza na zwłokach zmarłych w starszym wieku, zmiana opisana występuje rzeczywiście w przypadkach długotrwałego istnienia przeszkody mechanicznej w oddawaniu moczu, przedewszystkiem więc wskutek przerostu gruczołu krokowego. Ciechanowski [3]), w zajmujących swych badaniach nad zmianami w ścianie pęcherza, opartych na licznych i nader dokładnych danych, przekonał się, że na 18 przypadków u ludzi w późnym wieku *hypertrophiae prostatae*, tworzącej przeszkodę mechaniczną w urynowaniu, tylko w 5 nie było dającego się stwierdzić zagłębienia, w 6-ciu było ono bardzo wybitne, w pozostałych zaś było lżejszego stopnia. W tych przypadkach, gdzie przeszkoda ze strony gruczołu krokowego nie istniała, nie widział Ciechanowski i utworzenia owego *bas fond*. Jednocześnie z powstaniem tej zmiany kształtu pęcherza zachodzą i zmiany w samej budowie ściany i wzajemnym stosunku jej części składowych. Zmiany te, jak to, prócz szkoły Guyonowskiej (Bohdanowicz, Launois, Robelin), wykazał w przytoczonych badaniach Ciechanowski, polegają na zaniku warstwy mięśniowej na korzyść rozrastającej się tkanki łącznej, co w rezultacie powoduje ostateczna niezdolność czynnościową pęcherza, wyrażającą się klinicznie, nawet w razie usunięcia tej przeszkody mechanicznej, niemożebnością dokładnego opróżnienia pęcherza i pozostawaniem pewnej ilości moczu na stałe w tym właśnie zagłębieniu tylnem (*Residualharn*). W takich więc przypadkach samo usunięcie przeszkody ze strony przerosłego gruczołu krokowego nie zniesie głównej dolegliwości chorego — ciągłego pozostawania moczu w pęcherzu, wraz ze wszystkiemi tego następstwami: — rozkładem moczu, zapaleniem pęcherza, tworzeniem złogów i t. d.

[2]) Fillaux: Traité d'Anatomie topographique. 1884.
[3]) Według wykładu na VIII. Zjeździe chirurgów polskich w Krakowie 1896 r.

Obok więc potrzeby usunięcia przedewszystkiem przeszkody, zachodzącej ze strony przerostu gruczołu krokowego w ten lub inny sposób, proponowałbym następujące postępowanie, mające na celu zniesienie tego właśnie stanu chorobowego, istnienia zagłębienia tylnego. Postępowanie to ma na celu przywrócenie tych stosunków topograficznych, jakie istniały w okresie najlepszej sprawności pęcherza w wieku młodzieńczym, a mianowicie przemienienie kształtu nieprawidłowo kulistego o wybitnej wypukłości ku tyłowi na postać jajowatą lub nawet wrzecionowatą o wierzchołku pochylonym ku przodowi. W tym celu robię cięcie w ścianie brzusznej na kilka ctm. powyżej spojenia łonowego, otwieram jamę otrzewnową i, uchwyciwszy 2-ma palcami ścianę pęcherza, przyciągam ją ku otworowi rany, do której górnego końca przyszywam wierzchołek, zajmując szwem warstwę surowiczą i mięśniową ściany pęcherza. W dalszym ciągu zakładam jeszcze poniżej na ścianę pęcherza 2 lub 3 szwy węzełkowe, bacząc, aby zajęte w taki szew brzegi przeciętej otrzewny schodziły się ze sobą dokładnie po zawiązaniu szwów. Po zamknięciu w ten sposób jamy otrzewnowej zeszywam pozostałe warstwy ściany brzusznej, mięśnie i skórę kilku szwami jedwabnymi.

Przedstawiony sposób przymocowuje przednią ścianę pęcherza moczowego do ściany brzusznej na stałe (*ventrofixatio vesicae urinariae*). Zmiana taka położenia powoduje korzyść podwójną: 1) znosi przez wyciągnięcie ściany ku górze i przodowi zagłębienie tylne, 2) cały słup moczu, znacznie już węższy, ustawia mniej więcej pionowo ponad ujściem wewnętrznem cewki moczowej tak, iż pod wpływem własnego ciężaru, nawet bez pomocy zwiotczałej ściany, opróżnienie pęcherza odbyć się może dokładnie. Operacya więc ta, uzasadniona, zdaje mi się, teoretycznie, przedstawi i w praktyce widoki pomyślne w tych przypadkach, gdzie wskutek tej lub innej przyczyny nastąpiły zmiany w ścianie pęcherza, wyrażającej się z jednej strony zmianą jego kształtu (*bas fond*), z drugiej — nieudolnością czynnościową, i stosowaną być może jako zabieg leczniczy samoistny, albo też jako operacya dodatkowa po usunięciu pierwotnej przyczyny, — przeszkody w opróżnieniu pęcherza (*hypertrophia prostatae*, *calculi*, *stricturae urethrae* etc.).

W literaturze chirurgicznej nie zdarzyło mi się spotkać nigdzie wzmianki o wykonaniu lub poleceniu opisanego zabiegu w tym celu, jak to podałem powyżej. Z przemówienia prof. Marsa w dyskusyi nad wykładem moim w Towarzystwie Lekarskiem krakowskiem dowiedziałem się, że w literaturze ginekologicznej jest opisanych kilka przypadków operacyi analogicznej, aczkolwiek w innym zupełnie celu. Mianowicie w r. 1890. Mars [4]), ogłaszając „przypadek wynicowania i wypadnięcia pęcherza moczowego u kobiety, powikłany porodem“, zaproponował dla usunięcia wypadnięcia pęcherza przyszycie go do ściany brzusznej po wykonaniu laparotomii. Z innego znów wskazania, a mianowicie w celu wyleczenia *cystocele vaginalis* polecali operacyę cystopeksyi Byford [5]), Dumoret [6]), Tuffier [7]) i Ferrier [8]).

[4]) Przegląd Lekarski. 1890.
[5]) Amerc. Journ. of Obstetr. T. XXIII.
[6]) Annales de Gynecologie. T. 34.
[7]) Journal de médicine de Paris. 1890.
[8]) Annales de Gynecologie. XXXIV.

Przedstawionego zabiegu operacyjnego nie miałem dotychczas możności stósowania w odpowiednim przypadku chorobowym. Sądzę jednak, że wypróbowanie tego sposobu jest na czasie, szczególnie obecnie, kiedy zajęci jesteśmy ulepszeniem metod leczenia przerostu gruczołu krokowego, że w tych właśnie przypadkach *cystopexia* oszczędzić może chirurgowi przykrego rozczarowania, gdzie po wykonaniu kastracyi lub wycięcia przewodu nasiennego, pomimo doraźnego zmniejszenia się gruczołu krokowego, nie osiągamy właściwego wyniku leczniczego — poprawy czynnościowej pęcherza moczowego.

---

## V. Oceny i sprawozdania.

**Fizyologia człowieka**, część IV. przez Prof. Dra Napoleona Cybulskiego. Warszawa, 1896.

Z częścią czwartą „Fizyologii człowieka“ ukończonem zostało dzieło poważnego znaczenia dla nauki lekarskiej polskiej. Brak podręczników w ojczystym napisanych języku dotkliwie daje się odczuwać uczącej się młodzieży. To też gdy widzimy, że luka ta się wypełnia i to wypełnia doborową, pełną zalet książką, trudno nie wyrazić z tego powodu szczerej radości i wdzięczności dla autora.

Omawiając zeszyt ostatni, niepodobna pominąć sposobności, by nie rzucić choć pobieżnie okiem na całość i dlatego czytelnik pozwoli, że przynajmniej podniosę te cenne właściwości książki, na które sprawozdawcy poprzednich jej części nie dość kładli nacisku.

Jedną z niewątpliwie najważniejszych zalet dobrego podręcznika jest odpowiedni podział treści w nim zawartej, uporządkowanie w sposób dydaktycznie najlepszy, t. j. taki, by każdy dział, każdy ustęp dawał podstawę dla zrozumienia następnych, a sam bez trudności był zrozumiałym na podstawie faktów i wywodów przytoczonych w poprzednich. Tej cechy nie posiadają niemieckie podręczniki fizyologii, do niedawna prawie wyłącznie używane przez kształcącą się młodzież lekarską. Autor jednego z lepszych takich podręczników (Herman) sam utrzymuje, że często koniecznem jest odsyłanie czytelnika do następnych rozdziałów, a należycie zrozumiałym można być tylko dla tych, co z fizyologią choć trochę są obeznani.

Trudności te ominął prof. Cybulski w swojej „Fizyologii człowieka“ z zadziwiającą łatwością przez podział i porządek w ogólnych zarysach zbliżony do tego, jaki znajdujemy w podręcznikach angielskich, a zupełnie zmodyfikowany i oryginalny.

Nietrudno pojąć jakie znaczenie dydaktyczne ma takie ułożenie materyału i jak bardzo ono ułatwia zrozumienie przedmiotu.

Mimo że autor „Fizyologii człowieka“ uwzględnia w niej najnowsze zdobycze nauki i skrupulatnie notuje każde nowe odkrycie w dziedzinie fizyologii, unika jednak starannie szerokich rozpraw o takich wynikach badań, które bądź to nie są jeszcze dostatecznie wyjaśnione, bądź też, sprzeciwiając się utartym zapatrywaniom, same przez się jednak wymagają jeszcze dalszego potwierdzenia. Wielką jest przysługa, jaką autor przez to oddaje czytającemu i uczącemu się. Że przytem nasza literatura lekarska znajduje pełne uwzględnienie, zbyteczna chyba podnosić.

Jako jedną z zalet „Fizyologii“ prof. Cybulskiego poczytać należy nacisk, położony tu na metody badania fizyologicznego. Okoliczność ta nietylko przyczynia się do łatwiejszego zrozumienia faktów odkrytych danemi metodami, ale także sprawia, że podręcznik staje się przytem wybornym poradnikiem dla praktycznie pracujących w fizyologii, a nadto słusznie wskazuje czytelnikom, jak niesłychanie ważną jest metodyka badania fizyologicznego.

Inne zalety książki prof. C. podnoszone były niejednokrotnie, — także i w *Przeglądzie lekarskim*, — po ukazaniu się poprzednich zeszytów i po pojawieniu się drugiego wydania pierwszych dwóch zeszytów, które okazało się koniecznem, gdy pierwsze wydanie w krótkim czasie zostało wyczerpane. Zalety te znają zresztą czytelnicy sami dostatecznie.

Czwarta i ostatnia część, która obecnie wyszła z druku, zachowała wszystkie te zalety. I pod względem jasności wyrażeń, łatwości stylu nie ustępuje ona poprzednim. Jasne przedstawianie rzeczy nawet mniej łatwych do zrozumienia, splatanie ze sobą rozdziałów przez wykazanie związku, zachodzącego między nimi, wszystko to sprawia, że czytający czuje w całej pełni ciągłość przedmiotu.

Dla informacyi dodać jeszcze wypada, że część ta zawiera dalszy ciąg fizyologii zmysłów (słuch, powonienie, smak, czucie ogólne), znakomicie przedstawioną fizyologię układu nerwowego ośrodkowego i fizyologię rozmnażania się i rozwoju.

Miejmy nadzieję, że „Fizyologia człowieka“ prof. Cybulskiego w interesie polskiej nauki, naszej młodzieży lekarskiej, a także i lekarzy, u których w biblioteczkach książka ta znajdować się stanowczo powinna, niejednokrotnie jeszcze odrodzi się w nowych wydaniach, które, uwzględniając jak dotąd stały postęp wiedzy, za każdym razem przyniosą czytelnikowi coś nowego. *Prof. Beck.*

Prof. Hlava: **Pokusy se serem zvířat vaccinowaných, variolowaných a vaccinovariolowaných.** (*Rozprawy czeskiej Akademii Umiejętności.* Rocznik V. Praga 1896, s. 31).

Ponieważ surowica zwierząt, uzyskiwana wnet po zaszczepieniu krowianką, posiadała niewielką ilość istot ochronnych, przeto zwrócił się H. do surowicy wziętej ze zwierząt szczepionych krowianką w chwili największego rozwoju krost krowiankowych, jakoteż surowicy ze zwierząt zaszczepionych ospą prawdziwą, tudzież ospą i krowianką. Hl. starał się zbadać, o ile te surowice mają własności zapobiegawcze i lecznicze przeciw ospie krowiankowej. Doświadczenia przeprowadził Hl. na ludziach i na zwierzętach. Okazało się, że surowica, uzyskana w chwili największego rozwoju krost krowiankowych, ma większą siłę ochronną, niż inne surowice krowiankowe, że należałoby jej jednak wstrzykiwać 1—2 $ctm^3$ na kilogram wagi ciała, jażeliby miała zastąpić szczepienie ochronne dotychczas używane. Surowica ospowa jest silniejszą od krowiankowej; działania leczniczego możnaby próbować tylko w początkach tworzenia się krost i to używając znacznych ilości surowicy. Surowica mięszana (*serum vaccino-variolosum*) nie okazała się lepszą od surowicy ospowej. Wogóle z doświadczeń autora wynika, że wszystkie te trzy rodzaje surowicy istotnie zawierają składniki ochronne; zaznacza jednak autor, że o uzyskaniu surowicy tak silnej, aby mogła zastąpić dzisiejsze szczepienie ochronne, a tembardziej takiej, któraby była środkiem leczniczym przeciw ospie prawdziwej, wtedy dopiero myśleć będzie można, skoro odkryty zostanie swoisty zarazek ospy. Dla wyjaśnienia ciekawej tej sprawy, poruszonej u nas niedawno przez Obtułowicza, należy, zdaniem zasłużonego profesora czeskiej wszechnicy, przeprowadzić na dzieciach i zwierzętach próby liczniejsze, niż na to środki praskich zakładów naukowych pozwalają. *Och.*

*Szanowny Redaktorze!*

W ocenie broszurki mojej p. t.; „Ważniejsze zdrojowiska“, Dr. Pelczar robi mi zarzut, iż zbyt mało uwzględniłem zdrojowiska krajowe. Przedewszystkiem na swe usprawiedliwienie powiedzieć muszę, iż opis specyalnie krajowych zakładów podałem w r. 1890. (Warszawa, druk Niemiery), powtóre tytuł sam krępował mnie i zmuszał do wyboru już cieszących się uznaniem zakładów, a co najważniejsza, wiele z zakładów krajowych nie odpowiedziało wcale na rozesłane w r. 1895. cyrkularze. Ponieważ chciałem dać tylko pewne o wymienionych zakładach wiadomości, czerpane nie z książek, zmuszony byłem odmówić sobie przyjemności pomieszczenia ich w broszurze.

Uznaję zupełnie słuszność uwagi, iż rozwój zdrojowisk zależy w części od lekarzy, ale za najważniejsze w ich rozwoju każdy poczyta usiłowania samego zakładu w tym kierunku. Tej właśnie chęci w wielu wymienionych zdrojowiskach nie widzimy, chorzy są niezadowoleni zazwyczaj z pobytu z powodu urządzeń pierwotnych i niewygód.

Jeżeli więc jest obowiązkiem lekarza Polaka popieranie swoich zakładów, to niemniej chyba zwracać musi uwagi na dobro chorych, powierzonych swej pieczy.

Z tych względów umieszczania zdrojowisk, nie mających pierwszorzędnego znaczenia, nie uczęszczanych i nie starających się o rozwój, w mojej broszurze zaniechałem.

Przepraszając, że Ci Szanowny Redaktorze polemiką moją szpalty *Przeglądu* zapełniam, łączę wyrazy poważania.

Warszawa, dnia 1. Grudnia 1896.

*Józef Zawadzki.*

---

## VI. Wyciągi.

G. Paul (Dyr. Zakładu państwowego dla wyrabiania limfy ospowej w Wiedniu): **O racyonalnem wyrabianiu bezbakteryjnej limfy ospowej.** (*Oester. Sanit. Wesen.* Nr. 43). Od czasu odkrycia L. Pfeifera i Guarnieriego, którzy znaleźli pasorzyty ospowe w postaci pierwotniaków, coraz częściej spotykamy się z dążeniem do otrzymywania limfy ospowej, wolnej od obcych bakteryj, szczególnie ropotwórczych (*staphyl. aureus, altus, streptococcus*), które uważane były dotąd za nieodłączne, a nawet niezbędne, towarzystwo ospowego zarazka. Autor starał się dojść w tym względzie do wyników stanowczych i wypowiada przekonanie, że tylko czysta limfa, wolna od pomienionych bakteryj ropotwórczych i innych saprofitów, jest odpowiednią do szczepień i zdrowiu nie szkodzi. Autor wypuszcza z zakładu tylko taką limfę, która jest wolną od *staph. aureus* i w 0·01 grm. zawiera nie więcej niż 50 bakteryj. Do wyjaławiania skóry przy szczepieniach używa autor 2% roztworu lisolu, który, jako alkaliczny, lepiej obmywa skórę. Resztę lisolu autor zmywa wodą wyjałowioną.

Do wyrabiania limfy ospowej autor uważa za najodpowiedniejsze miesiące zimowe; w zimie uzyskana jest bowiem bardzo trwałą i najczystszą pod względem bakteryologicznym. Zwierzęta, których używa do produkcyi szczepionki, są to 1—2 roczne byczki, nie zaś młodsze cielęta.

*O. Bujwid.*

Prof. Stoerk: **O znieczulaniu kokainą.** (*Wiener med. Wochenschrift* Nr. 44, 1896). Artykuły, w których St. roztrząsa sprawę stósowania kokainy w chorobach krtani i nosa, zawierają bardzo cenne wskazówki, co do użycia kokainy, środka, jak wiadomo, dla ustroju nie obojętnego. Doświadczenie pouczyło, że ze wszystkich błon śluzowych, najmniejszą zdolnością wchłaniania wyróżnia się błona śluzowa krtani, bez porównania większą błona śluzowa gardła, a największą nosa. Z tego wynika, że należy używać roztworów o niejednakiem stężeniu i jeśli dla krtani trzeba użyć roztworu kokainy 20%, to dla nosa najwyżej 5%. Naturalnie, że granic jednorazowej dawki ściśle oznaczyć nie można; zależy to bowiem od każdorazowego przypadku i dawka, która dla większej liczby chorych będzie obojętna, u niektórych może wywołać objawy zatrucia. Na szczęście przypadki takie, przy zewnętrznem stosowaniu kokainy, należą do zbyt rzadkich; nawet Stoerk, rozporządzający nadzwyczaj wielkiem doświadczeniem, spostrzegał tylko 4 przypadki własne, obok znanych w literaturze przypadków Heymana, Seiferta i Bresgena, oczywiście nie wliczając tu zupełnie przypadków po użyciu wewnętrznem kokainy (podskórnie lub pod błonę śluzową).

W trzech przypadkach Stoerka chorzy cierpieli na nowotwór łagodny krtani, a raz chory był operowany z powodu przerostu muszel dolnych; we wszystkich czterech razach byli to mężczyźni przeważnie w młodym wieku, a przytem zwrócić należy uwagę na to, że w każdym z tych przypadków ilość użytej kokainy była niestosunkowo mała. We wszystkich tych przypadkach, obok znanych objawów zatrucia kokainą, jak zmienność tętna, duszność, pobudzenie i drgawki, te ostatnie miały postać drgawek padaczkowych, a nawet w jednym przypadku nie brakło toczenia się piany z ust; po drgawkach tego rodzaju następowało nadzwyczaj wielkie podniecenie, a w końcu stan omdlenia. We wszystkich tych przypadkach wywiady co do padaczki, względnie dziedziczności w tym kierunku, wypadły ujemnie; wspomniane więc objawy drgawek padaczkowych należy uważać za charakterystyczne dla zatrucia kokainą i wystąpienie ich nie musi być w związku z padaczką, na co zwraca uwagę Barącz, ostrzegając przed użyciem kokainy u epileptyków.

*Docent Baurowicz.*

Brunner Conrad: **Częstość zakażenia ran za pośrednictwem pocisków drążących przez ubrania.** *Correspondenzblatt f. Schweizer Aerzte* (Jahrg. XXVI, 1896, Nr. 5, 6, 7). Praca autora rozpada się na 2 części. W pierwszej omawia on znaczenie zakażonego ubrania dla rany postrzałowej, — a mianowicie: jak często zakażone ubranie daje powód do zakażenia rany. Jakkolwiek danych klinicznych nie posiada autor w tym kierunku, zbija on jednak twierdzenie Pfuhla i Alex. Fraenkla, którzy na podstawie doświadczeń na zwierzętach utrzymują, że ubranie, przez które przechodzi pocisk, jakkolwiek zakażone, albo wcale nie powoduje zakażenia rany, albo chyba tylko wtedy, gdy jest na wskróś przesiąknięte prątkami ropotwórczymi. Pojawienie się lub brak zakażenia rany postrzałowej u zwierząt nie zależy — zdaniem autora — bynajmniej od większej lub mniejszej żywotności, względnie jadowitości, prątków ropotwórczych, gdyż znalazł on w ubraniach żołnierzy żywe paciorkowce, prątki zielonej ropy (*pyocyaneus*) *bacterium coli*, a nawet prątki wąglika. Ujemne wyniki badań wymienionych autorów pochodzą w części stąd, że używali oni do doświadczeń zwierząt niepodlegających zakażeniom ropnym, w części zaś stąd, że rany postrzałowe u człowieka, jako skomplikowane, więcej przedstawiają korzystnych warunków dla rozwoju prątków ropnych, aniżeli czyste i gładkie rany, zadane w celu doświadczeń. Ciała obce, a zwłaszcza cząstki ubrania, mogą być zatem przenośnikiem zakażenia rany postrzałowej.

W drugiej części swej pracy roztrząsa autor pytanie, czy zarazki, wnikając do rany, i wywołując zakażenie, mogą nie wywołać żadnych zmian i, aż dopiero po pewnym czasie spowodować nowy wybuch choroby, czy też należy w tym przypadku tłómaczyć to zakażeniem wtórnem, którego wystąpieniu sprzyjał brak równowagi fizyologicznej tkanek, wywołany poprzedniem zakażeniem. Wytłómaczenie tego pytania ważnem jest nie tylko dla starych ran postrzałowych, lecz również dla powracających zmian gruźliczych, kiłowych, a zwłaszcza dla zmian chorobowych w kiszce ślepej. Na dowód, że nawroty te można i w inny sposób tłómaczyć, nietylko odrodzeniem się prątków, przytacza autor historyę choroby chłopca, u którego w przebiegu ciężkiego ropnego zapalenia płuc, bez jakiegokolwiek urazu i bez rany w skórze, powstało ropne zapalenie okostnej czaszki, na tle gronkowców, w miejscu, gdzie przed 2-ma laty była wielka darta rana, obejmująca skórę i okostną. W tym przypadku — zdaniem autora — dostały się gronkowce z płuc drogą krążenia do blizny i wywołały w niej zapalenie ropne. Na podstawie samego wyniku badania bakteryologicznego nie można rozstrzygnąć w podobnych przypadkach, jaką drogą przyszło do wtórnego zakażenia, lecz należy kierować się w rozstrzygnięciu tego pytania wywiadami, objawami klicznymi i zmianami anatomicznemi. Jeden taki przypadek ściśle oceniony podał Alex. Fraenkel: kanał postrzałowy, przechodzący przez czaszkę i mózg, uległ powtórnemu zakażeniu przez dwuziarniaki, pochodzące z nosa. Pewnych zupełnie przykładów, co do zakażenia samej blizny, nie posiada literatura. Najłatwiej wytłómaczyć można sobie takie przypadki, jak przypadek Alex. Fraenkla, zakażeniem z sąsiedztwa.

*Dr. Leonard Bier.*

Béclère, Chambon i Menard: **Badania doświadczalne przypadów, wikłających leczenie surowicą.** (*Annales de l'Institut Pasteur*. 1896. Nr. 10). Przy sposobności prób z surowicą krowiankową wstrzykiwali autorowie kilkunastu cielętom i jałówkom surowicę innych cieląt i dwóch osłów, nie dostrzegając przytem, ani potem, żadnych zaburzeń w zdrowiu zwierząt. Natomiast po wstrzykiwaniach surowicy końskiej występowały u jałówek i cieląt zawsze przypady, przypominające zupełnie objawy, zdarzające się niekiedy u dzieci po surowicy przeciwbłoniczej. Surowicę uzyskiwano z 4 koni, z których dwa nigdy nie były do żadnych doświadczeń używane i oddawna całkiem zdrowe; można więc było z góry wykluczyć wpływ jakichś jadów, do krwi koni sztucznie wprowadzonych i z pewnem prawdopodobieństwem przypuścić, że surowica koni sama, jako taka, działa na cielęta szkodliwie. Zarówno u cieląt, szczepionych przedtem surowicą krowiankową, jak i u takich, które do żadnych doświadczeń nie były używane, występowała kilka dni trwająca gorączka, połączona z osutkami, przypominającemi po części odrę, po części pokrzywkę [1]), a niekiedy także zajęte były stawy kończyn. Na podstawie tych doświadczeń przypuszczają autorowie, że i u ludzi także zaburzenia, wikłające leczenie surowicą, nie są skutkiem ani toksyn, ani antytoksyn, w surowicy się znajdować mogących, ale samejże surowicy. Te szkodliwe właściwości surowicy giną po ogrzaniu jej przez niespełna 2 godziny do 58°; przynajmniej w jednem, (i niestety jedynem!), odnośnem doświadczeniu, surowica końska ogrzana żadnych zaburzeń u jałówki, której ją zastrzyknięto, nie wywołała. Być może, że doświadczenie to potwierdzą dalsze próby; w takim razie wynik jego, dotychczas odosobniony, miałby doniosłe znaczenie praktyczne, udałoby się bowiem może przez ogrzewanie odpowiednie pozbawić surowicę przeciwbłoniczą jej szkodliwych właściwości, nie naruszając przymiotów leczniczych. *Cch.*

Behla: **O odrze u zwierząt.** (*Centralblatt für Bact.* 1896. Nr. 16/17). Ażeby sprawdzić, czy odra u zwierząt może się rozwijać, podjął B. szereg doświadczeń z wydzieliną nosa i krwią chorych na odrę. Za pomocą wypędzlowania nozdrzy ciepłą jeszcze wydzieliną nie udało się wywołać odry u królika, świnki morskiej, kota, myszy, psa i owcy. Natomiast wywołał B. odrę o typowym przebiegu, zakażając w ten sposób sześciotygodniowe prosię. Od tego prosięcia zakaziły się po jednorazowem tylko zetknięciu dwie świnie; i u nich odra również przebiegała w sposób typowy. We krwi i w śluzie z nozdrzy tych zwierząt stwierdził autor obecność ruchliwych $\frac{1}{2}$—3 $\mu$. w średnicy mierzących kulek, które już dawniej opisał, uważając je za rodzaj sporozoów i za przyczynę odry. Wobec spostrzeżeń autora należałoby zwrócić baczniejszą, niż dotąd, uwagę na równoczesność epidemii odry u zwierząt i u ludzi. *C.*

Beckman: **O wpływie dodawania soli kuchennej na działanie przeciwgnilne fenolu (kw. karbolowego).** (*Ctblt. f. Bact.* Nr. 16/17). Doświadczenia B potwierdzają wogóle podania Scheurlena, że dodatek soli kuchennej wzmacnia przeciwgnilne działanie fenolu. Wpływ takiej mięszaniny na prątek wąglikowy pojawia się dopiero przy znaczniejszej ilości soli kuchennej (24% rozczyn Na Cl z 1% rozczynem fenolu, działa równie szybko, jak 6% kw. karbolowy). Natomiast na hodowle gronkowca złocistego już 1% Na Cl, dodany do 1% kw. karbolowego, działa w krótkim czasie zabójczo. Wyjaśnienia tych faktów dostarczyć mogą dopiero dalsze badania. *C.*

Hugenschmidt: **Badania doświadczalne nad samoochroną jamy ustnej przeciw drobnoustrojom chorobotwórczym.** (*Annales de l'Institut Pasteur* 1896. Nr. 10). Rany w obrębie jamy ustnej, będącej siedliskiem mnóstwa bakteryj, goją się zazwyczaj łatwo. Z badań Sanarelliego zdawało się wynikać, że ślina prawidłowa działa na drobnoustroje zabójczo; autor ten przypuszczał, że działanie to zawdzięcza ślina zawartemu w niej rodankowi potasowemu. Powtarzając doświadczenia Sanarelliego, przekonał się H., że ślina własności podobnej nie posiada, jak również, że rodanek potasowy w tem zgęszczeniu, w jakiem znajduje się w ślinie, wcale na rozwój bakteryj nie wpływa. Natomiast stwierdził H., że ślina niefiltrowana wywiera na ciałka białe wpływ chemotaktyczny dodatni, sądzi więc, że wydzielina ta (właśnie przedewszystkiem wskutek tego, że zawiera drobnoustroje), przynęca ciałka białe na powierzchnię ubytków w błonie śluzowej jamy ust z mieszków limfatycznych, w które jama ustna obfituje. W warunkach prawidłowych wielowarstwowy przybłonek błony śluzowej jamy ust stanowi dla bakteryj trudną do przebycia zaporę; skoro tej, przy zranieniach i ubytkach braknie, wchodzi w grę chemotaktyczny wpływ śliny i fagocytoza (Miecznikow). *Cch.*

[1]) Badania drobnowidowe wyciętych skrawków skóry nie wykazały obecności żadnych drobnoustrojów. Surowica koni zawsze była jałową.

Dr. Borchard: **Przyczynek do kazuistyki przepuklin uwięzłych.** (*Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie.* Tom 43. Z. 3). Obszerną swą pracę, osnutą na tle przeszło 100 przypadków uwięzłych przepuklin, dzieli autor na dwa rozdziały, zależnie od zabiegów leczniczych, podjętych w celu usunięcia cierpienia.

W pierwszym rozdziale omawia postępowanie bezkrwawe odprowadzanie przepuklin (*taxis*). Nie wdając się w szczegóły technicznego postępowania, jako powszechnie znanego, podnieść należy, że, we wszystkich przypadkach, z małymi wyjątkami, przed zabiegiem krwawym próbowano odprowadzenia, wychodząc z tej zasady, że żadna operacya, nawet dziś, nie może być dla chorego obojętną, a potem, w razie udałego odprowadzenia, chory już choćby dnia następnego oddać się może swojemu zajęciu. Okoliczność tę podnosi autor dlatego, że w ostatnich czasach, dawały się słyszeć zdania odradzające, choćby próbowania, bezkrwawego odprowadzania. Zawsze jednak pamiętać należy o tem, że uwięzłe przepukliny pachwinowe tylko po niecałych 3 dniach, udowe po niecałych 2 dniach jeszcze, bez wielkiego niebezpieczeństwa dla chorego, można usiłować odprowadzić. Po tym terminie odprowadzenie należy stosować bardzo ostrożnie, lub raczej zupełnie zaniechać. Dzięki takiemu postępowaniu udało się w przypadkach, przez pracę B. objętych, odprowadzić przepuklinę 11 razy. Z tych jeden chory wnet pod odprowadzeniem umarł, wśród objawów porażenia serca, — a sekcya tak nic pewnego nie wykazała, że autor waha się, czy o śmierć tego chorego obwinić chloroform, czy też zapad, wywołany ugniataniem jelit jak w doświadczeniu Goltza. W 12-tym zaś przypadku, do poprzednich nie zaliczonym, zdarzyło się odprowadzenie przepukliny pachwinowej uwięzłej *en bloc*. Tu jednak otwarcie jamy brzusznej, później wykonane, zapobiegło smutnemu zejściu.

Idąc torem, przez autora wykreślonym, przystępujemy obecnie do streszczenia rozdziału następnego, i tu najpierw omawia B. herniotomie przy przepuklinach niezgorzelinowych. Tego rodzaju rękoczynów wykonano 69: 33 razy u mężczyzn, 36 u kobiet; 40 razy z powodu przepukliny pachwinowej (31 mężczyzn, 9 kobiet), a 29 udowej (2 mężczyzn, 27 kobiet). Opisując technikę operacyjną, kładzie autor nacisk na tę okoliczność, aby przedewszystkiem odsłonić otwór zewnętrzny szyjki przepuklinowej, to bowiem znakomicie ułatwia orjentowanie się. A następnie zaleca, aby pierścień zaciskający zwalniać, idąc od zewnątrz i przecinając warstwowo. Pętlę bez obawy odprowadzano do jamy brzusznej, gdy miejsce uciśnięte zaróżowiało się, gdy utkanie jego było miękkie i elastyczne i gdy odciśnięty rowek wyrównywał się. W przypadkach podejrzanych rany nie zaszywano i aż do pętli tamponowano gazą jodoformową. Tamponik usuwano 5—6-go dnia po operacyi; 23 razy po herniotomii wykonano operacyę radykalną, polegającą na podwiązaniu (a w miarę możności i ekstyrpowaniu) worka przepuklinowego i zaszyciu bramy. Żadnych specyal-

nych metod nie używano. Prawie wszystkie przypadki goiły się *per primam*. Były jednak wyjątki: raz wystąpiło zropienie rany i zgorzel jądra, a 3 razy zgorzel pozostawionego worka przepuklinowego, sieci i t. d. Przypadków śmierci po herniotomii było ogółem 5 (7%), a przyczyną zejścia śmiertelnego były: zapad, nieżytowe zapalenie płuc, zapalenie otrzewnej skutkiem przedziurawienia jelita, potem zapalenie otrzewnej skutkiem pęknięcia pętli okręconej, a raz „zwykłe“ zapalenie otrzewnej. Po operacyi, przez pierwszych 5 dni otrzymywali chorzy 3 razy dziennie po 10 kropel nalewki makowca, lodowy okład na brzuch i płynną dyetę. W łóżku pozostawali przez 4 tygodnie i wychodzili z paskiem przepuklinowym.

Końcowy rozdział swej pracy, traktujący o przepuklinach uległych zgorzeli, rozpoczyna autor opisem dwóch przypadków *herniae obturatoriae incarceratae*. W obu przypadkach nie można było zrobić rozpoznania. W I-szym dopiero sekcya wykazała, że przyczyną zejścia śmiertelnego i objawów istniejących za życia, było uwięźnięcie znacznego uchyłku jelita czczego (*jejunum*) w *canalis obturatorius*; w II. zaś przypadku dopiero po otwarciu jamy brzusznej, zrobiono rozpoznanie: *hernia obturatoria Littriana incarcerata gangraenosa dextra*. I tu drugiego dnia po odpowiedniej operacyi nastąpiła śmierć, której przyczyną było zapalenie otrzewnej. Autor sądzi, że nawet po rozpoznaniu *hernia obturatoria incarcerata*, skoro tylko przypuszczamy, że mogła już zgorzel wystąpić, operować należy od jamy brzusznej, przy wysokiem ułożeniu miednicy.

Prócz tych dwóch, leczonych było 18 przepuklin zgorzelinowych pachwinowych i udowych. Siedm leczono przez założenie *anus praeternaturalis* (6 kobiet, 1 mężczyzna), z czego 6 umarło. Uwięźnięcie trwało 3—12 dni.

Ten zły wynik po założeniu odbytu sztucznego, obok zachęcających wyników innych autorów, spowodował, że w ostatnich latach poczęto w odpowiednich przypadkach stósować pierwotną resekcyę jelita dotkniętego zgorzelą. Tego rodzaju operacyi wykonano 11, sześć razy z następującym szwem okrężnym, w pięciu zaś przypadkach założono po wycięciu pętli *enteroanastomozę*, Z pierwszych 6 chorych (wszystkie *herniae crurales*) zmarła jedna kobieta, która już niemal umierająca do operacyi się zgłosiła. W drugiej grupie (*enteroanastomoses*) wynik był o wiele gorszy, bo tam z 5 operowanych zmarło 3. We wszystkich tych przypadkach przyczyną śmierci było zapalenie otrzewnej.

Ogółem odsetek śmiertelności w leczeniu przepuklin uległych zgorzeli wynosił 41·7%.

Enteroanastomozę w miejsce szwu okrężnego zakładano tam, gdzie pętla umocowana zrostami nie dała się na odpowiedniej przestrzeni odpreparować, lub gdzie różnica w świetle odcinków była bardzo znaczna.

Długość pętli wyciętych wahała się między 2—8—15—25—45 ctm. *Dr. Herman.*

Dr. Jan Hattowski: **Tętniak zstępującej części łuku aorty u dziecka 2 lata i trzy kwartały liczącego.** (Odbitka po rosyjsku, 1896). Dziecko wyniszczone, chore od 2 tygodni, gorączkujące, nieprzytomne — przyniesiono z tętnem nitkowatem do szpitala, gdzie po 24 godzinach życie skończyło, Dr. Hattowski przy sekcyi stwierdził tętniaka zstępującej części łuku aorty, a nie przypominając, ażeby w literaturze, jemu dostępnej, taki przypadek u dziecka został kiedy opisany, podał go do publicznej wiadomości. Po wyczerpującym opisie topograficznym i histologicznym, po przedstawieniu innych zmian chorobowych, jakie nekroskopia stwierdziła, zastanawia się H. nad etiologią tego tętniaka. Krytyczny przegląd zwykłych przyczyn tętniaka, jak uraz, kiła, opilstwo chroniczne, miażdżyca naczyń, wreszcie dziedziczność, dał wynik ujemny, Autor skłonny jest do przyjęcia urazu, jako istotnej przyczyny tętniaka w mowie będącego przypadku, a ścieńczenie ścian aorty przypisuje pakietowi gruczołów w widłach tchawicy, z których jedna część była przerosła, druga w rozpadzie. H., opierając się na znalezionych stosunkach anatomicznych sądzi, że ucisk wywołany na tętniącą aortę przez powiększone gruczoły, spowodował przetarcie jej ścian, wreszcie ich pęknięcie ku jamie wytworzonej przez rozpadające się gruczoły, w przestworze której przy sekcyi znaleziono krew zmięszaną z miazgą rozpadową. *A. Kw.*

Guida: **O stanie tężcowatym pochodzenia zakaźnego u noworodka.** (*La Pediatria* 1896 według *Rev. d. mal. de l'enf.*). Obok klasycznego tężca można spostrzegać u noworodków pewne objawy tężcowate, wywołane, podobnie jak on, zakażeniem rany pępkowej, a często tak mało wybitne, że przechodzą niezauważone, mianowicie w początkach, jeżeli się nie wie o istnieniu tej szczególnej postaci chorobowej.

Zjawiają się one w pierwszych 3 lub 4 dniach po urodzeniu; dzieci nie chwytają piersi, lub chwyciwszy ją, nie wykonują ruchów ssących. Od czasu do czasu pojawiają się napady, wśród których dziecko nagle sinieje, potem czerwienieje, a w końcu blednie; oddech jego się zatrzymuje lub jest b. powierzchowny, tętno jest nitkowate, kończyny chłodne, trochę piany zjawia się w ustach, szczęki są zwarte, całe ciało sztywne, zjawia się kilka skurczów mięśniowych, nie ma jednak właściwych drgawek. Stan ten jednak podobny do drgawek, trwa 5—15 min., poczem wszystko wraca do porządku. Na dobę może wystąpić kilka takich napadów.

W trzech przypadkach, spostrzeganych przez siebie, osiągnął autor szybkie wyleczenie z pomocą dokładnego odkażenia rany pępkowej i ciepłych (35°) wonnych kąpieli, mających na celu usunięcie sztywności mięśniowej i ułatwienie wydzielania czynników trujących. U jednego chorego napady tężcowate pozostawiły po sobie głębokie osłabienie, które zwalczano podawaniem kilku kropli koniaku w łyżeczce kawowej mleka macierzystego. *Lewkowicz.*

Manicatide: **O porażeniach pochodzenia mózgowego w następstwie błonicy** (*Rev. des mal. de l'enf.* 1896. X). Podczas gdy prawie wszystkie, ogólnie używane podręczniki chorób dzieci, przy omawianiu porażeń pobłoniczych, widzą ich przyczynę jedynie w zmianach nerwów obwodowych, zwraca autor uwagę, że jad, wydzielony przez prątki Löfflerowskie, zdolny jest wywołać uszkodzenie każdego odcinka narządu ruchowego, choć nie ulega wątpliwości, że pewne odcinki poddają się temu wpływowi łatwiej, inne większą okazują odporność.

I tak tylko bardzo skąpa liczba porażeń polega na zmianach mięśniowych. Przeważną ilość stanowią przypadki, których przyczyną są zmiany zapalne nerwów obwodowych. Przybierają one niekiedy postać niezborności ruchowej (*pseudotabes*), lub wstępującego ostrego porażenia. Dalej w pewnych nielicznych przypadkach siedzibą zmian jest rdzeń pacierzowy i to albo istota szara (obraz zaniku mięśniowego trwałego), lub istota biała (obraz niezborności ruchowej, albo twardzieli rozsianej). Zmiany podobne dadzą się także wywołać drogą doświadczalną. Wreszcie przyczyna może tkwić w mózgu. Doświadczalnie można zapomocą toksyny błoniczej wywołać ogniska zapalne w samej istocie mózgowej, nie znane są jednak odpowiednie przypadki porażeń u człowieka. Nie tak rzadko jednak zderzają się pobłonicze porażenia połowicze na tle zatoru, lub rzadziej krwotoku mózgowego. Bezpośrednią ich przyczyną są zmiany w sercu, lub naczyniach, wywołane przez sam jad błoniczy, albo też przez zakażenie wtórorzędne.

W przypadku autora u dziewczynki 7-letniej, we dwa tygodnie po ustąpieniu nalotów błoniczych, pojawiło się nagle porażenie połowicze, obejmujące całą stronę lewą, z wyjątkiem górnych gałązek n. twarzowego. Porażenie, początkowo wiotkie, przeszło następnie w niedowład z objawami skurczowymi, podwyższonymi odruchami, przyczem wzrost członków strony lewej był upośledzony. Badanie serca wykazało pierwszy ton nad koniuszkiem szorstki i rozlany. Rozpoznano zator torebkowej gałązki tętnicy Sylwiusza.

Takich połowiczych porażeń pobłoniczych zebrał autor z literatury 16 przypadków. Z tych sześć podpadło badaniu pośmiertnemu, które wykazało w pięciu zator, a w jednym tylko krwotok. *Lewkowicz.*

Jaccoud: **Przeciwskazania używania przetworów salicylowych w ostrym gośćcu stawowym.** (*La Semaine médicale*, Nr. 54, 28 Października). Profesor Jaccoud, opierając się na własnem doświadczeniu i statystyce innych, przestrzega przed zbytniem szafowaniem powyższego przetworu.

Za przeciwskazania zaś uważa wszelkie powikłania ze strony narządów wewnętrznych, przedewszystkiem serca, płuc wraz z opłucną i wobec objawów mózgowych.

Według niego przetwory salicylowe, zwłaszcza salicylan sodowy, nie tylko nie mają żadnego pomyślnego wpływu na owe powikłania, owszem mają je powiększać lub nawet wywoływać.

Zapatrywanie swe popiera statystyką, i tak: Donnald Hood, na 350 przypadków ostrego zapalenia stawów, leczonych salicylanem sodowym, spostrzegał 241 powikłań, t. j. 68·8%; z 850 leczonych w inny sposób tylko 500 okazywało zmiany następowe ze strony serca, a więc tylko 58%.

S. Coupland na 84 przypadków, leczonych salicylanem sodowym, miał 64 zapaleń śród- i osierdzia, t. j. 76.2%.

Smith podaje 63·4% powikłań po użyciu przetworów salicylowych, a 54·5% bez nich. Statystyka jego najobfitsza zebrana z 1724 i 1748 chorych.

Jaccoud poleca w razie powikłań winian antymonowy w dużej dawce, bo 0·40! dla dorosłego, nie łagodząc nawet działania zapomocą makowca. Od pierwszego dnia ma spadać ciepłota, która następnego dnia zazwyczaj się podnosi, by znowu trzeciego już bezpowrotnie opaść do normy.

Przy tem leczeniu zapalenia gośćcowego mało spotykał powikłań, a w razie wystąpienia ich ze strony osierdzia, nie spostrzegał nigdy wysięku w worku osierdziowym. *Dr. Pelczar.*

Schmid i Pflanz: **O zachowaniu się mleka kobiecego względem jadów błoniczych.** (*Wiener klin. Wochenschrift* 42, 1896). Oddawna wiadomo, że dzieci bardzo małe, kilkomiesięczne nie zapadają na błonicę, że ulegają jej przeważnie dzieci powyżej pierwszego roku życia. Przyczynę tego zjawiska wyjaśnili Fischl i Wunschheim, badając bowiem krew (z pępowiny) dzieci nowonarodzonych, przekonali się, że zawiera ona własności antytoksyczne, czyli, że noworodek przynosi z sobą na świat odporność przeciw błonicy. Schmid i Pflanz zadali sobie pytanie, czy podobnych własności antytoksycznych nie posiada także i mleko kobiety karmiącej. Badali więc równocześnie krew otrzymaną z pępowiny, po jej podwiązaniu, i mleko matki w zwykły sposób używany do oznaczenia własności uodparniających, t. j. zastrzykiwali te ciała zwierzętom, zakażonym jadami błoniczymi. Z badań tych wynikło, że w mleku znajdują się także owe ciała ochronne, że posiada ono własności uodparniające, jednak w znacznie mniejszym stopniu. Ztąd wnioskują powyżsi autorowie, że dzieci karmione piersią matki, otrzymują z mlekiem coraz nowe ilości antytoksyn i skutkiem tego rzedziej zapadają na błonicę, niżeli dzieci karmione sztucznie. *Dr. R.*

W. Knoepfelmacher: **Zachowanie się ciałek czerwonych krwi u noworodków — zwłaszcza wobec żółtaczki** (*icterus neonatorum*). (*Wiener klin. Wocheschrift* 43, 1896). Liczne są teorye, któremi autorowie tłómaczą sposób powstawania żółtaczki noworodków; obok twierdzeń, że odgrywają tu rolę zaburzenia w narządach tak wytwarzania jak i wchłaniania żółci, mają również swoich zwolenników przypuszczenia, że żółtaczka jest bezpośredniem lub pośredniem następstwem rozpadu czerwonych ciałek krwi. Badania K. odnoszą się właśnie do zmian, jakie zachodzą we krwi noworodków dotkniętych żółtaczką, a chociaż nie brak badań w tym kierunku, to przecież niezgodne wyniki nie pozwalają na wydanie ostatecznego w tej sprawie sądu. Na pytanie, czy ilość ciałek czerwonych zmniejsza się w pierwszych dniach życia, autor, na podstawie dokonanych liczeń w 12 przypadkach, przeczy i twierdzi, że stwierdzane wahania w ilości ciałek zależą nie od zmian w ich bezwzględnej ilości, lecz od większych lub mniejszych ilości przyjmowanych przez dziecko płynów. Przypuszczano, że czerwone ciałka krwi noworodka są mniej trwałe: autor wykazał, że izotonia krwi dziecka po urodzeniu wynosi 0·48% NaCl, a trwałość jest taka sama jak u dorosłego człowieka. Wyniki badań szczegółowych nad zachowaniem się ciałek czerwonych w barwionych preparatach, nie dają również podstawy do twierdzenia, że ma miejsce rozpad, lecz raczej uprawniają do przypuszczenia, że w tym czasie wytwarzają się nowe ciałka czerwone.

Wynika więc stąd, że nie w zachowaniu się ciałek czerwonych krwi po urodzeniu dziecka szukać nam należy przyczyn wytwarzającej się w pierwszych dniach życia żółtaczki, lecz że przyczyna tej sprawy leży gdzieindziej. *Dr. R.*

Behring i Knorr: **Antytoksyna tężcowa do użytku w praktyce.** (*Deutsche med. Wochenschrift.* Nr. 43. r. 1896). Antytoksyna tężcowa, wyrabiana obecnie przez firmę w Höchst a. M., działa leczniczo na świnki morskie i myszy już po wybuchu tężca. Obecnie wyrabia fabryka dwojaki przetwór: suchy i płynny; pierwszy służy do leczenia tężca, drugi działa zapobiegawczo. Przetwór suchy jest Tct. A. N. $^{100}$, to znaczy, że 1·0 zawiera 100 normalnych jedności antytoksyny. W jednej flaszeczce jest 5·0 przetworu = 500 normalnych jedności antytoksyny.

Dawka ta przedstawia ilość, którą na raz dla człowieka i konia użyć należy w celach leczniczych, rozpuściwszy ją poprzednio w 45 ctm.$^3$ wyjałowionej wody, ogrzanej najwyżej do 40° C. Dla konia stósowniejsze jest wstrzyknięcie do żyły, dla człowieka pod skórę. Po wstrzyknięciu do żyły u konia działanie uwidocznia się o 24 godzin wcześniej, niż po wstrzyknięciu podskórnem. I u człowieka działanie po wstrzyknięciu do żyły jest szybsze, niżeli po wstrzyknięciu podskórnem; na to ostatnie działanie tylko wtedy można liczyć, jeżeli się go robi przed upływem 36 godzin od chwili wybuchu tężca. Ranę, pomimo tego leczenia, należy oczyścić, by zapobiegać wytwarzaniu świeżych jadów.

Przetwór płynny Tct. A. N. $^5$, to znaczy, że 1 ctm.$^3$ zawiera 5 normalnych jedności antytoksyny. Rozsyła się go we flaszeczkach zawierających 5 ctm.$^3$. Płyn ten wstrzykuje się po zranieniach, budzących obawę wybuchu tężca, w ilości 0·5—5·0 ctm.$^3$ na dawkę, stósownie do czasu, który upłynął od chwili zranienia. Jeżeli już dużo czasu od chwili zranienia upłynęło, to leczenie to nie zapobiega napewno wybuchowi tężca, ale przebieg jego bywa wtedy łagodny, a rokowanie dobre. Przetwór suchy może być w szczelnie zatkanych naczyniach przechowany czas nieograniczony bez obawy zepsucia; do płynnego dodaje się na tę ilość fenolu dla zapobieżenia rozkładowi. Jedna dawka przetworu suchego kosztuje obecnie 30 marek. *Dr. Rożecki.*

---

## VII. Sprawy Towarzystw lekarskich.

### Towarzystwo lekarskie krakowskie.

**Posiedzenie zwyczajne z dnia 19. Listopada 1896 r.**

Przewodniczący kol. Surzycki. — Członków obecnych 30.

1) Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

2) Uchwalono zgodzić się na zmianę §. 44. Statutu Towarzystwa lek. galicyjskiego.

3) Do komisyi przedwyborczej wybrani zostali na wniosek komitetu koll.: 1. Bielański, 2. Bossowski, 3. Browicz, 4. Borzęcki, 5. Ciechanowski, 6. Górski Ksawery, 7. Gluziński, 8. Gwiazdomorski, 9. Ja-

kubowski, 10. Junger, 11. Kirschner, 12. Kostanecki, 13. Kośmiński, 14. Kozłowski, 15. Mars, 16. Mączka, 17. Pieniążek, 18. Ponikło, 19. Różecki, 20. Rosner Aleksander, 21. Rutkowski, 22. Rencki, 23. Świtalski, 24. Wiszniewski, 25. Zarewicz.

4) Kol. Raczyński przedstawia chłopca dotkniętego ołowicą. Zatrucie nastąpiło przez glejtę, której używał ojciec chorego, z zawodu garncarz, do swoich wyrobów. Porażenie zajmuje zakres *nn. radiales* i *peronei*. Na dziąsłach wyraźny rąbek ołowiowy.

Kol. Gluziński zauważając, że ołowica jest u nas rządką, wspomina o 4 własnych spostrzeżeniach; dwa z nich pochodzą z okolic Andrychowa, skąd i chory kol. Raczyńskiego przybył; dwa zaś z gazowni miejskiej, gdzie używa się ołowiu do lutowania. Ołowica jest jedną z postaci *neuritis multiplex*, powstającej na tle zatrucia nietylko ołowiowego, ale i innych (rtęć, alkohol i t. p.). Zatrucie alkoholowe wywołuje zmiany w zakresie *n. ulnaris*. Podwyższenie odruchów kolanowych w przypadku kol. Raczyńskiego zasługuje na uwagę; świadczy ono, że splot kulszowy nie jest zajęty; w wysokich stopniach zatrucia dotkniętym bywa i nerw kulszowy, a powstający wówczas brak odruchów kolanowych zjednał ołowicy nazwę *pseudotabes*.

Na zapytania koll. Gluzińskiego, Gwiazdomorskiego i Surzyckiego wyjaśnia kol. Raczyński, że u przedstawionego chorego nie ma żadnych zaburzeń w zakresie narządu krążenia i trawienia; w moczu białko, na dnie oka zmian nie dostrzeżono.

5) Kol. Kryński w wykładzie p. t. „Z chirurgii pęcherza moczowego“ proponuje przyszycie szczytu pęcherza moczowego do przedniej ściany brzusznej z dwojakich wskazań: 1° Dla zwiększenia pola operacyjnego w pewnych przypadkach cięcia nadłonowego; 2° W przypadkach niedomogi pęcherza u starców, połączonej z patologicznem zagłębieniem dna pęcherza, po usunięciu przeszkody w oddawaniu moczu (przerost gr. krokowego). (Rzecz w całości ukaże się w druku).

Kol. Ciechanowski zestawiając wyniki własnych pomiarów mikrometrycznych ściany pęcherza, uzyskane przy innej sposobności, dochodzi do wniosków następujących: 1° Pęcherz moczowy rozciąga się głównie kosztem szczytu, ściany tylnej i dna. W rozciąganiu się pęcherza zdaje się ściana przednia brać mały udział; 2° Niestosunek anatomiczny składników ściany pęcherza występujący w wieku starczym, to jest przewaga tkanki łącznej podścieliskowej nad mięśniem, jest prawie zawsze wybitniejszą w obrębie ściany tylnej i dna pęcherza, niż w ścianie przedniej i w szczycie; 3° Jak się zdaje, stopień niestosunku składników tylnej ściany pęcherzowej idzie w parze ze stopniem patologicznego zagłębienia dna. Niewątpliwie więc ściana tylna i dno pęcherza są u starców, zwłaszcza w przypadkach przerostu gruczołu krokowego, stanowiącego przeszkodę w oddawaniu moczu, w gorszych warunkach, niż inne okolice pęcherza. a zmiany występujące w ścianie pęcherza, są w dnie i ścianie tylnej silniej wyrażone, niż gdzieindziej.

Kol. Mars przypomina, że przed 6 laty proponował *ventrofixatio vesicae urinariae* w celu leczenia wynicowania pęcherza moczowego u kobiet.

Kol. Buzdygan zapytuje, czy ustalenie szczytu pęcherza nie zmniejszy sił potrzebnych do wydalenia moczu.

Kol. Obaliński wątpi, czy zabieg kol. Kryńskiego w przypadkach przerostu gruczołu krokowego będzie korzystny, samo bowiem podniesienie dna pęcherza nie zmniejszy atonii pęcherza, jeśli ona już istnieje. Cięcie nadłonowe wystarcza do wydobycia nawet dużych kamieni; wrazie potrzeby można je rozszerzyć ku dołowi, wydłutowując część spojenia łonowego.

Kol. Kryński zastrzega się, że zabiegiem swym nie zamierzał przywrócić dawnej sprawności pęcherzowi; o powrocie do stosunków prawidłowych wobec zmian anatomicznych w samej ścianie pęcherza nawet myśleć nie można, idzie zaś tylko o to, aby stworzyć dla pęcherza lepsze warunki wydalania moczu. Zdaniem kol. Kryńskiego, powiększenie pola operacyjnego przy cięciu nadłonowem ku górze, za pomocą *vesicopexyi* jest zabiegiem mniej obrażającym, niż proponowane przez Krönleina wydłutowanie spojenia łonowego.

6) Kol. Ciechanowski podaje treść pracy dokonanej wspólnie z kol. Nowakiem p. t. „Przyczynek do badań nad etyologią dysenteryi“. (Praca przeznaczona do druku).

Sekretarz: *Dr. Ciechanowski.*

---

# VIII. KORESPONDENCYE.

*Drezno, 15. Listopada.*

Jest rzeczą stwierdzoną, że wielu z naszych młodych lekarzy, po skończeniu nauk w kraju, udaje się za granicę, by na tamtejszych klinikach wzbogacić swą wiedzę; czynią to jednak, że tak się wyrażę na ślepo, a nieznając obcych stosunków, nieraz doznają rozczarowania. Sądzę, że nie rozminę się z programem Przeglądu Lekarskiego, jeśli opisem urządzenia niektórych takich zakładów, ich sił i środków naukowych, systemu pracy i t. d. przedstawię interesowanym osobiście kolegom, ilę skorzystać mogą i w jakim przeciągu czasu. Faktem jest bowiem, że młodzi koledzy opuszczają nieraz własne zakłady naukowe, dające aż nadto dogodną sposobność do pracy zawodowej, poniekąd parci jakąś siłą i chęcią zobaczenia czegoś nowego, łudząc się tylko wrzekomemi zdobyczami zagranicy, których zwykle nie przywożą; a jeżeli przywożą, to w bardzo skromnej ilości.

Zacznę moje korespondencye od kliniki chorób kobiecych w Dreznie, zostającej pod kierunkiem prof. Leopolda.

Zakład to w całem słowa znaczeniu wspaniały, mający około 140 łóżek, z których 80 przypada na położnictwo, a 60 na ginekologię [1]). Cała klinika przeznaczona jest li tylko dla kształcenia się lekarzy tak miejscowych jak i zagranicznych: wszyscy tu są niemal na równych prawach. Oprócz sześciu asystentów stałych zakład posiada 8 mieszkań dla lekarzy, zgłaszających się, którzy jednak mogą najdłużej rok jeden mieszkać i spełniać obowiązki na nich włożone. Przyjechałem i ja tutaj, aby się zapoznać ze szkołą niemiecką i jej osobliwościami. Przyjęcie na klinikę poprzedziła wyczerpująca i nużąca pielgrzymka do wszystkich tutejszych dygnitarzy: po przedstawieniu się dyrektorowi, który mię przyjął bardzo łaskawie, jako już znanego sobie ze zjazdu w Genewie, udać się musiałem z jego polecenia do tak zwanego „Hausinspektora“; ponieważ był wyraźny nacisk, położony na tę wizytę ze strony dyrektora, myślałem że idę co najmniej do jakiego radcy sanitarnego: przekonałem się jednak wkrótce, że jest to podrzędny urzędnik, który odbiera wpisowe pieniądze i przybysza zaciąga protokolarnie do całego szeregu ksiąg, każe mu się podpisywać na różnych blankietach, wypytuje o szczegóły z przeszłości i o mało że nie wchodzi w tajemnice życia familijnego. Potem nastąpiła wizyta u asystentów, a po godzinie takiej peregrynacyi, opakowany broszurami (które do tego kupić musiałem), statutami kliniki, przestrogami drukiem wydanemi, dziesięciorgiem przykazań wierszowanych (*Zehn goldene Regeln*) dla akuszerek i akuszerów, powróciłem do domu, by odpocząć i obliczyć się z siłami w przededniu tej ciężkiej na pozór służby.

Program zajęć dziennych jest następujący: Część pracy prowadzi sam dyrektor, a część przypada na asystentów. Od 7-mej do 8.mej rano profesor omawia dokładnie z lekarzami wszystkie porody dnia poprzedniego. O 8-mej zaczynają się operacye ginekologiczne i trwają do 10-tej; przy operacyach lekarze biorą udział jako widzowie: jeden tylko z asysten-

[1]) Klinika posiada salę osobną do laparotomii, osobną do innych ginekologicznych operacyj, a jeszcze osobną do położniczych; ma przytem pomieszczenie na 25 łóżek dla ciężarnych (*Haus schwangere*) i do 40 łóżek dla uczennic. Urządzenia inne zresztą, jak kuchnie, sale, windy i t. d. są według wszelkich wymagań nowoczesnych.

tów pomaga operującemu (nawet przy laparotomiach), a narzędzia i waciki są w rękach wprawnego służącego i posługaczki. Najwyżej w udziale przypada jednemu z nas maska i to do tego eterowa: chloroformu tu zupełnie nie używają, a jak twierdzą tutejsi lekarze na 13.000 narkotyzowanych eterem nie było ani jednego wypadku śmierci, gdy tymczasem po chloroformie notowanych zejść śmiertelnych jest kilka. Ostatni przypadek narkozy chloroformowej, przy której operowanej osobie dostało się do żołądka około 15 grm. chloroformu czysto wypadkowym sposobem, a która umarła na *peritonitis perforativa*, zachęciła do przerzucenia się zupełnego na stronę narkozy eterowej. W racyonalność wywodów nie wchodzę, lecz statystyka londyńskich szpitali przemawia również za eterem, tylko umiejętnie użytym. Dobre wyniki eterowej narkozy widocznie stanowią zachętę do badania prawie wszystkich przypadków ginekologicznych w głębokiem uśpieniu eterowem, nawet wtedy, kiedy powłoki brzuszne są dostatecznie wiotkie, a bolesności żadnej wykazać nie można; mają wzgląd w tym razie tylko na chorą, którą bada sześciu najwyżej lekarzy. Nie mówię naturalnie już o przypadkach, w których uśpienie jest koniecznością nieodzowną do postawienia ścisłego rozpoznania.

O 10-tej zaczyna się kurs badania ciężarnych i trwa do 11-tej; kurs ten prowadzi asystent. Mówiąc na tem miejscu o badaniu ciężarnych przypomnę tylko, że klinika drezdeńska stara się usunąć prawie zupełnie badanie wewnętrzne, jako szkodliwe dla chorych i usiłuje ograniczyć się li tylko do badania zewnętrznego. Wykluczone są tylko te przypadki, w których badanie wewnętrzne ma wpłynąć na decyzyę do bezpośredniego zabiegu operacyjnego, a zasada odnosi się do porodów prawidłowych. Szkoła ta ma swoich zwolenników, lecz nie brak i przeciwników, jak Ahlfeld, który właśnie teraz świeżo wystąpił przeciw jej zasadom. Dwa razy tygodniowo odbywają się ćwiczenia w operacyach położniczych na fantomach; dwa razy — ćwiczenia w dyagnostyce ginekologicznej mikroskopowej, a dwa razy ćwiczenia w operacyach ginekologicznych na fantomie. Każde z tych ćwiczeń trwa po dwie godziny i prowadzą je asystenci.

Cztery godziny tygodniowo poświęca dyrektor kliniki na ćwiczenia w dyagnostyce ginekologicznej i w badaniu materyału klinicznego; ambulatoryum, zwane polikliniką, nie jest otwarte dla wszystkich lekarzy: trzeba pracować na klinice cztery miesiące, aby być dopuszczonym do pracy poliklinicznej; nie ma jednakże reguły bez wyjątków. Co sobota odbywa się seminaryum położnicze z dyrektorem, który dyktuje nam przypadki z własnej, lub klinicznej praktyki, zadaje pytania, żądając na nie pisemnej odpowiedzi, którą następnie poddaje krytyce. Reszta dnia poświęcona wizytom na salach chorych.

Rygor i porządek tu są wzorowe, czasem nawet przesadne. Przesada nieraz w antyseptyce dochodzi do tego, że raz n. p. byłem świadkiem, jak przed drzwiami sali posługaczki rozpościerały prześcieradła, zmaczane w sublimacie, aby lekarze, wychodząc, nie przenieśli jakich streptokoków z rany ropiejącej, której się tylko przypatrywali, a nie mieli możności nawet dotknięcia butami opatrunków, bo one były skrzętnie wprost z rany do dużego naczynia z karbolem wrzucane. Mimo tej sumiennej antyseptyki i przestrzegania wszystkich ostrożności nie widzę tu wyników takich, jakich spodziewaćby się należało: rany brzuszne polaparotomijne często ropieją, czego na naszych klinikach proff. Rydygiera i Jordana prawie nigdy, a może i nigdy nie widziałem. Może być, że przyczyną tego jest zasypywanie końcowe rany dermatolem, który, z jakiegoś pudełka posypany na ranę, przenosić może na nią i zarazki. Materyał operacyjny duży. Porodów dziennie 4, 5 nawet do 10. Wstępujący na klinikę płaci wpisowego 20 marek, a czesnego (jeżeli tak wyrazić się można) 50 marek; każdy zaś kurs z asystentem, trwający sześć tygodni, kosztuje 30 marek od osoby. Lekarz przybywający na klinikę może z łatwością znaleść mieszkanie w bliskości zakładu, aby do każdego porodu, czy w dzień, czy w nocy, mógł być zawezwany.

Zestawiając moje wrażenia, wyznam otwarcie, że lekarz przybywający tutaj ma widoki przypatrzenia się pokaźnej liczbie operacyj ginekologicznych i położniczych, może dość sporo przypadków zbadać, kontrolowany i wspomagany uwagami profesora, a jeżeli weźmie kursa od asystentów, to może systematycznie przejść całą ginekologię i położnictwo operacyjne i nabrać pewnej wprawy w mikroskopowaniu, o ile to przynajmniej dla praktycznego lekarza potrzebne, ale o samodzielnej pracy nie powinien marzyć, jeśli na to nie chce poświęcić dłuższego czasu.

*Dr. Władysław Maleszewski.*

---

## IX. Dr. Gałęzowski i jego klinika.

Napisał

Dr. Adam Langie,

asystent kliniki Dra Gałęzowskiego w Paryżu.

Ukończywszy asystenturę przy uniwersytecie Jagiellońskim, zacząłem rozglądać się za taką kliniką okulistyczną, w której, znalazłszy bogaty materyał, miałbym sposobność, pod okiem znakomitego kierownika, uzupełnić i wydoskonalić swe specyalne wiadomości. Gdy przypadkiem wpadło mi w rękę wyborne dzieło naszego znakomitego rodaka Gałęzowskiego *Traité des maladies des yeux*, wybór mój był natychmiast dokonanym. W książce tej znalazłem tyle oryginalnych poglądów, tyle odmiennych sposobów leczenia, że pod jej wpływem zapytałem listownie autora, czy i kiedy mógłbym naocznie stwierdzić to, co przy czytaniu dzieła jego mnie zastanawiało. Nadzwyczaj uprzejma odpowiedź Dra Gałęzowskiego przeszła moje oczekiwania, gdyż, prócz serdecznego zaproszenia, otrzymałem propozycyę, czybym nie zechciał pracować w klinice przez jakiś czas w charakterze jego asystenta. Udałem się też zaraz do Paryża, a dziś, zapoznawszy się dokładnie, dzięki nadzwyczajnej uprzejmości Profesora, z całą jego metodą, chciałbym choć w ogólnych zarysach podzielić się z kolegami wrażeniami, jakie tutaj odniosłem. Ustęp ten, jakkolwiek dotyczy sprawy czysto osobistej, zdawał mi się jednak z pewnych względów, — o których wolę zamilczeć, — niezbędnie potrzebnym; dlatego też przepraszam czytelnika, jeżeli nadużyłem jego cierpliwości i już wprost do rzeczy przystępuję:

Rozbieranie zapatrywań Gałęzowskiego, tak nieraz różnych od wygłaszanych przez powagi niemieckie, równie jak ocena jego sposobów leczenia, przekraczałyby ramy tej korespondencyi; ciekawych odsyłam do jego kilku większych dzieł i całego mnóstwa ciągle ogłaszanych rozpraw. Mojem skromnem pragnieniem jest tylko opisanie jego kliniki i dzia-

łalności, gdyż przekonałem się, że większość polskich lekarzy mało, lub źle jest poinformowaną. U nas tak wielki wpływ na naukę okulistyki wywarła i po dziś dzień wywiera szkoła niemiecka, że zapatrywania Gałęzowskiego i jego metoda nie znalazły jeszcze dostatecznego do przyjęcia się gruntu. A przecież imię Gałęzowskiego tak jest głośnem, że zjeżdżają się doń chorzy z całego świata, a w klinice jego gromadzą się dla nauki co roku lekarze wszelkich narodowości. Toteż lekarze polscy w pierwszym rzędzie powinni zapoznać się bliżej z jego poglądami, aby przekonać się, że te, niemal nadzwyczajne, wyniki jego leczenia, mają swe źródło w rozległej wiedzy, ogromnem doświadczeniu klinicznem, nadzwyczaj bystrym darze spostrzegawczym i niezmiernie logicznem sposobie rozumowania. Nie chcę, aby mnie posądzono, że sadzę się na apoteozę lub apologię Gałęzowskiego, bo tej on dziś nie potrzebuje wcale; to co piszę, to głównie dla tego, że sam z początku z niedowierzaniem przyjmowałem jego nauki, obalające nieraz główne zasady, jakie dziś inne szkoły głoszą; dopiero po zbadaniu szeregu faktów i rozczytaniu się w jego dziełach, uznać się muszę pobitym i przyznać się do apostazyi na stronę Gałęzowskiego. Widziałem tu już sporą liczbę chorych, leczonych bezskutecznie przez innych okulistów, którzy z kliniki Gałęzowskiego wyszli wyleczeni, lub z bardzo znacznem polepszeniem. Jako przykład[1]) może posłużyć pan K., Polak, leczony na oczy od 2-ch lat przez wszystkich specyalistów w kraju i za granicą, i ostatecznie uznany jednogłośnie za nieuleczalnego. Rzeczywiście przybył on do naszej kliniki tylko z poczuciem światła w obu oczach. Gałęzowski, zapatrując się na cierpienie to zupełnie z innego punktu i uznając dotychczasowe leczenie za niewłaściwe, wykonał najprzód małą operacyę, a skutek jej już nazajutrz był widocznym. A jakkolwiek wobec zadawnienia choroby nie spodziewa się on zbyt wiele uzyskać, to jednak nie traci nadziei, że przy odpowiedniem leczeniu wzrok chorego powinien się jeszcze poprawić. Drugi analogiczny przypadek dotyczył izraelitki, która aż z Jerozolimy tutaj przyjechała, zasięgając oczywiście po drodze porady w wybitniejszych klinikach. Chodziło o zadawnione zmiany jaglicowe, w następstwie których obie rogówki były całkowicie zaćmione tak, że chora miała jedynie poczucie światła; wszędzie uznano ją za nieuleczalnie ślepą, a jednak po dwóch tygodniach leczenia w klinice Gałęzowskiego rogówki od obwodu na tyle się wyjaśniły, że obecnie można już wykonać irydektomię i jaki taki wzrok chorej przywrócić.

Żaden z okulistów nie zwraca tyle uwagi na ogólny stan ustroju przy chorobach ocznych co Gałęzowski. Nie uważa on oka za narząd zupełnie dla siebie odosobniony, ale za część integralną całego organizmu, z którym oko w bezpośrednim pozostaje związku. Cierpienia ócz — zdaniem jego — mają niemal zawsze swe źródło, a przynajmniej związek, ze zmianami ogólnemi ustroju. Dla tego też przy każdej chorobie oka, nawet najdrobniejszej, śledzi on za tą przyczyną ogólną, a dzięki nadzwyczajnej bystrości udaje mu się ją prawie zawsze wykryć. Przy leczeniu nie kontentuje się samem leczeniem miejscowem, lecz kładzie równie wielki nacisk na leczenie ogólne i w ten sposób, atakując chorobę niejako od podstawy, z łatwością tak świetne otrzymuje wyniki. Co się tyczy samego leczenia miejscowego, to i tutaj w wielu chorobach ma on swój odrębny system, na długoletniem oparty doświadczeniu. Że tu przytoczę tylko tak częste zapalenia spojówki, w których do dnia dzisiejszego jeszcze największą rolę odgrywają środki kaustyczne i ściągające, z kamieniem piekielnym i siarkanem miedziowym na czele. Te u Gałęzowskiego znacznie mniejsze znajdują zastósowanie i jakkolwiek ich nie odrzuca zupełnie, jednak bardzo często zastępuje innymi. Także cierpienia przewodów łzowych leczy on inaczej, będąc zwolennikiem, a właściwie twórcą metody szybkiego i forsownego rozszerzania, celem jak najprędszego przywrócenia drożności. Z tego powodu odrzucił on powszechnie dziś używane sondy Bowmanna, zastąpiwszy je własnemi. Sondy te są dwojakie; jedne zakończone małem okrągławem zgrubieniem, drugie stożkowate; każda kategorya ma 12 numerów, od najcieńszych do najgrubszych, a trzeba wiedzieć, że Nr. 1 Gałęzowskiego odpowiada, co do grubości, może 3 lub 4 Bowmanna, podczas gdy 12-ty jest z pewnością 4 razy grubszym, niżeli ostatni numer tamtych. Gdy raz na posiedzeniu okulistów francuskich okazał Gałęzowski te sondy, wyłuszczając swój sposób leczenia dróg łzowych, wszyscy szeroko otworzyli oczy i z niedowierzaniem kiwali głowami, a jednak wkrótce wyniki pomyślne przemówiły na jego korzyść. Sam widziałem tu dwie chore, leczone, z powodu cierpienia dróg łzowych, w różnych klinikach bezskutecznie: jedna przez 9, druga przez 10 lat (sic), które obecnie, po paru tygodniowem leczeniu metodą Gałęzowskiego, są już na drodze do zupełnego wyzdrowienia.

W przypadkach jaskry prostej (*Glaucoma simplex*) wykonywa Gałęzowski zawsze sklerotomię, uważając ją za lepszą, skuteczniejszą i bezpieczniejszą od irydektomii. Tę ostatnią stosuje tylko w jaskrze zapalnej. Za pomocą sklerotomii, którą robi inaczej niżeli szkoła niemiecka, wykonując, przez siebie podanem w tym celu narzędziem, cztery cięcia w twardówce, z czterech stron dokoła rogówki, uzyskuje on bardzo pomyślne wyniki, o czem sam na kilku chorych miałem sposobność się przekonać. Prawda, że czasem zachodzi potrzeba powtórzenia po pewnym czasie tej małej operacyi, ale ostateczny wynik jest prawie zawsze korzystny.

W przypadkach oderwania siatkówki (*Amotio retinae*) wykonywa Gałęzowski nakłucie twardówki, znów osobnem swojem narzędziem, i wypuszcza ciecz nagromadzoną pod siatkówką. Wyniki są o tyle pomyślne, że siatkówka po takim zabiegu na znacznej przestrzeni przylega napowrót, wzrok znacznie się poprawia i oderwanie dalej się nie posuwa. W kilku zaś przypadkach uzyskał on nawet zupełne wyleczenie.

Odrębne też stanowisko zajmuje Gałęzowski w leczeniu chorób oka przyrody kiłowej, odrzucając stanowczo podawanie jodu, którym tak inni okuliści szafują. Stosuje on jedynie wcierania i to przez bardzo długi czas, nawet po ustąpieniu wszelkich zmian, wogóle przez dwa lata z rzędu. Przy tem leczeniu, stósując małe dawki i robiąc okresowe krótkie, bo tylko kilkodniowe przerwy, nie zauważył nigdy objawów zatrucia, uzyskał zaś nietylko zupełne wyleczenie, ale nawet po 10 lub 15 latach nie przyszło do nawrotu.

Co do operacyi zaćmy to znanem jest powszechnie cięcie rogówkowe Gałęzowskiego; dodam tylko, że z reguły operuje on bez irydektomii, chyba wyjątkowo, a odsetek wy-

---

[1]) Nie będąc upoważnionym do opisania tego przypadku, który niezawodnie zechce sam Dr. Gałęzowski w swoim czasie ogłosić, ograniczam się tylko do pobieżnej wzmianki.

padnięcia tęczówki wcale nie jest większym, niż go miewają zwolennicy wycinania tęczówki.

Wiadomą też jest rzeczą, że Gałęzowski pierwszy zaproponował wycinanie załamka w przypadkach jaglicy i po dzień dzisiejszy je stosuje. Jest on też zwolennikiem wypalenia ziarn w niektórych razach, za pomocą galwanokauteru, lecz stanowczo odrzuca wszelkie wyciskania i wyskrobywania.

(Dokończenie nastąpi).

## X. Wiadomości zawodowe.

### Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

### Zdrojowiska krajowe.

W 1890 roku, w załatwieniu wniosku posła Hr. Władysława Koziebrodzkiego, Wydział Krajowy przedłożył Wys. Sejmowi projekt ustawy zdrojowej, obowiązującej wszystkie zdrojowiska i uzdrowiska krajowe, w których istnieją zakłady zdrojowe lub kąpielowe.

Ustawa z d. 30 kwietnia 1870 r. o organizacyi służby zdrowia, nadzór zwierzchniczy nad kąpielami leczniczemi i zdrojowiskami, a także pozwolenie na tworzenie takich zakładów prywatnych, zaliczyła do zakresu działania administracyi państwa.

Z uwagi jednak, że nie same tylko względy sanitarne w rachubę brać należy, bo sprawy zdrojowe są istotnie, a nawet w większym jeszcze stopniu sprawami kultury krajowej, która nie wchodzi do zakresu rządowych atrybucyj, Wydział krajowy starał się uzyskać wpływ większy na administracyę i gospodarstwo zakładów zdrojowych. Wpływu jednak tego ustawa mu nie dała, bo współudział Wydziału w zezwoleniu na otwarcie zakładu i prawo nominacyi honorowego delegata do Komisyi zdrojowej, albo wyrażenie opinii przy wydawaniu statutów i instrukcyj można nazwać jedynie papierowym współudziałem w nadzorze. Rząd zaś wziął na siebie lwią część, to jest rzęczywisty kierunek przez delegata, który, będąc całkowicie zależny od centralnej władzy, składa jej sprawozdania i odbiera od niej wskazówki. Autonomiczna zaś władza stoi na uboczu i nie może wpłynąć na rozwój życia zdrojowisk w żaden sposób, chociaż jest w tem bardzo interesowaną, bo rozwój ich jest to powiększenie bogactwa kraju.

W pięć lat po wydaniu ustawy dla zdrojowisk, nie widząc prawie żadnych postępów w ich rozwoju i nie czując tętna życia tych instytucyj, Komisya sanitarna Sejmu, mając na względzie, że wykonanie tej ustawy i zezwolenie, aby przewodniczącym komisyi w każdem zdrojowisku był delegat c. k. Namiestnictwa, zostało oddanem Namiestnictwu, na wyraźne żądanie jego, poleciła Wydziałowi Krajowemu wejść w rokowanie z tym ostatnim, aby ta władza corocznie w wielu egzemplarzach rozpowszechniała obszerne sprawozdania o naszych zdrojowiskach i uzdrowiskach. Komisyi bowiem sanitarnej wydawało się rzeczą bardzo ważną uzyskanie takiej rządowej publikacyi: „gdyż obecnie wiele chorych nie jedzie do wód krajowych, bo nie dowierza temu co zarządy zdrojowisk same o swych zakładach głoszą. Bezstronne rządowe sprawozdania i zestawienia byłyby nową i ważną do wód krajowych atrakcyą. Namiestnictwo zaś łatwo może spełnić te żądania, gdyż posiada wskutek świeżych uchwał Rady Państwa zwiększony centralny sanitarny personal. Wysoki Sejm chętnie oddał wykonanie ustawy zdrojowej w ręce Rządu; obecnie ma prawo oczekiwać w zamian wydatnej pomocy w rozwoju zdrojowisk. W publikacyach rządowych, powiada Komisya sanitarna, pragnęlibyśmy wyczytać wszystko co ważne dla chorego, do wód jadącego, zatem spostrzeżenia meteorologiczne, opis właściwości leczniczych i szczegółowy opis warunków bytu“.

Takie żądanie Sejmowej Komisyi sanitarnej ma słuszne uzasadnienie. Postęp naszych zdrojowisk jest minimalny, pomimo wydanej ustawy, statutów i regulaminów, a żywotność ich bardzo mała. Ze wszystkich zdrojowisk istniejących w kraju naszym największy stosunkowo postęp wykazało zdrojowisko Rymanowskie, które istnieje zaledwo od roku 1881 i, pod względem ilości gości, zrównało się z pierwszorzędnemi zdrojowiskami naszemi. Ale bo też tam jedynie pojęto, że wciąganie ludzi prywatnych do interesu jest gwarancyą postępu. Tam właściciel zapobiegliwy ustępował ziemię za nizką cenę, lub za darmo, aby prywatne osoby mogły budować domy mieszkalne dla kuracyuszów, a przy tem nie szczędził zabiegów, aby każdemu być pomocnym, każdemu przyjemnym, nie dbając często o własny interes i o wysokość dochodu. Tego prawie niema w żadnem innem zdrojowisku; właściciele nie godzą się na budowanie hotelów, lub domów prywatnych na ich gruntach, a nie mając sami odpowiedniego kapitału, nie mogą otoczyć gości tym komfortem, do którego mają oni prawo za swoje pieniądze. W innych zaś zdrojowiskach, wskutek niedozoru komisyj zdrojowych, goście są wyzyskiwani w haniebny sposób pod względem ceny za pomieszkanie i za żywienie. W niektórych nareszcie, panowanie czarnej rzeszy żydowskich chałatowców (Krynica), zabija kompletnie zakłady i powoli prowadzi je do zupełnego upadku i do ruiny. Do tego dodać należy, że w wielu zakładach są wielkie braki pod względem leczniczym i niedostatek takich urządzeń, które są w zakładach zagranicznych.

To też Galicya, która pod względem naturalnego bogactwa w zdrojowiska powinna stać na pierwszem miejscu wśród rożnych prowincyj Monarchii, bo mamy prawie wszystkie wody, jakie posiada Europa, pod względem ilości leczących się stoi na szóstem miejscu: wtedy gdy w Czechach leczy się 73 tys., w Wyższej Austryi 37 tys., Tyrol 31, w Niższej Austryi 25, Styryi 23, w Galicyi 19 tys.

W 13 zakładach zdrojowych, posiadających koncesye, w r. 1894 ruch chorych był następujący: w Krynicy leczyło się 4623, w Zakopanem 3259, Szczawnicy 2717, Iwoniczu 1809, Lubieniu 1343, Rabce 1116, Rymanowie 1091, Truskawcu 974, Żegiestowie 436, Wysowej 256, Swoszowicach 250, Morszynie 167, w Szkle 38. Wysłano wód mineralnych 156.078 butelek (Szczawnica 60.000, Iwonicz 38.664, Żegiestów 20.575, Krynica 19.469, Wysowa 11.560, Rymanów 3870, Rabka 2000), wtedy gdy Heilbronn sam jeden wysyła zwyż 2 miliony butelek swojej wody, która nie może iść nawet w porównanie z naszą Iwonicką, Rymanowską i Rabczańską.

Dalecy jesteśmy od składania winy na Rząd, bo on był przekonany, że należy tylko napisać statut i regulamin, nakazać Staroście, aby śledził za wykonaniem jego, a wszystko pójdzie dobrze. Winni jesteśmy sami, że nie umiemy chodzić około naszych interesów; spuszczamy się na rząd. Potrzeba nam więcej osobistej inicyatywy, ruchliwszej pracy i dokładniejszej znajomości potrzeb podobnych zakładów. Żaden starosta nie stanie na przeszkodzie, skoro obaczy, że właściciel zdrojowiska i osoby związane z nim interesem dążą do osiągnięcia rozwoju zakładu. Francuzi, Niemcy, Węgrzy zawiązują towarzystwa dla budowy w zdrojowiskach i uzdrowiskach, w najpiękniejszych miejscach, hotelów wielkich, urządzają je w sposób najwykwintniejszy, wyszukują dobrych kucharzy, urządzają rozrywki, zabawy, wycieczki i t. d.

Co do znajomości potrzeb podobnych zakładów i ujednostajnienia ich rozwoju, na to jest środek bardzo niedrogi, a niezmiernie skuteczny i dobrze wyprobowany we Francyi. Potrzeba, aby każdy ze zdrojowych zakładów odżałował parę set złr. rocznie dla zapłaty inspektora zdrojowego, któryby objeżdżał lepsze zakłady zagraniczne, a następnie udzielał porady każdemu zdrojowisku naszemu, co potrzeba zrobić, aby zbliżyć się urządzeniem do słynnych zakładów zagranicznych tak pod względem komfortu jak taniości i uprzy-

jemnienia gościom pobytu w zakładach. Za 3000 złr. rocznie można będzie znaleźć poważnego, rozumnego, taktownego i zdolnego lekarza, który zwiąże osobą swoją wszystkie zakłady i pokieruje je tak, że gościom będzie lepiej, właścicielom korzystniej.

Przy dzisiejszym stanie zdenerwowania społeczeństwa, wyjazd z miasta na świeże powietrze latem na miesiąc lub półtora dla odpoczynku i nabrania sił jest koniecznym dla każdego pracującego. Jakżeby każdy był rad i szczęśliwy, gdyby zamiast wyjazdu za granicę, kosztującego drogo, mógł znaleść w naszych zdrojowiskach dobre i tanie pomieszkanie, a odpowiednie pożywienie i możność wesołego przepędzenia czasu. Góry nasze przedstawiają mnóstwo miejsc dla urządzenia znakomitych uzdrowisk. Taka Dora, Delatyn i inne, gdyby były gdzieś w Niemczech lub we Francyi, jużby dawały tysiące zarobku tysiącom ludzi.

Mały zarobek na wielkiej ilości ludzi jest korzystniejszy zawsze od wielkiego na małej ilości. Amerykanie doskonale to pojęli i dla tego tyle między nimi milionerów. Taki inspektor mógłby być pośrednikiem dla odszukania ludzi przedsiębiorczych, chcących korzystnie ulokować kapitały swoje, mógłby wszystkie zdrojowiska związać w towarzystwa wzajemnie się wspierające, a przedstawiając coroczne sprawozdania o stanie i rozwoju zdrojowisk, mógłby uzyskać nawet pomoc pieniężną kraju z kwoty przeznaczonej na popieranie kultury krajowej. *

## XI. Wiadomości bieżące.

**Kraków dnia 10. Grudnia 1896.**

* W Paryżu zawiązał się komitet w celu uczczenia pamięci zmarłego w roku zeszłym Pasteura. Powzięto myśl słuszną, żeby do uczestnictwa w tem dziele wezwać rożne kraje i narody: dobrze bowiem jest, żeby cały świat cywilizowany okazał wdzięczność, jaką powinien mieć dla wielkiego uczonego i wielkiego dobroczyńcy ludzkości.

Wezwanie takie doszło i do nas. Akademia Umiejętności, Uniwersytet Jagielloński, Towarzystwo lekarskie, krakowski oddział Towarzystwa Przyrodników imienia Kopernika, czują się w pierwszym rzędzie obowiązane zaświadczyć publicznie cześć swoją dla pamięci Pasteura, i przyczynić się do hołdu, jakim własna jego ojczyzna uwiecznić go zamierza. Hołd to tem więcej zasłużony, że Pasteur był nietylko wielkim uczonym, ale i wielkim przykładem. Jego działania i odkrycia były nieocenionem dobrodziejstwem dla cierpiących i nieszczęśliwych, a jego przekonania i żywot cały dowodziły tak jasno, jak w naszych czasach rzadko które, że można w nauce odkrywać i na przyrodzie zdobywać największe utajone prawdy, a być chrześcianinem wierzącym i wiernym synem Kościoła.

Nauka polska, społeczeństwo polskie, od wieków złączone ze światem zachodnim i jego oświatą, mają i prawo i powinność zająć swoje miejsce między tymi, którzy chcą uczcić tę wielką zasługę i chwałę. Podpisani, jako przewodniczący miejscowych instytucyj naukowych, zawiązali się w komitet, żeby rozpocząć i ułatwić zbieranie składek na pomnik Pasteura. Czują wszakże, i przypominać zapewne nie potrzebują, że sprawa ta nie obchodzi samych tylko ludzi poświęconych, naukom, ale obchodzi wszystkich na dobro ludzkości nieobojętnych, a wdzięcznych za wyświadczone jej dobrodziejstwo. Pozwalają też sobie tuszyć, że znajdzie się wielu takich, którzy zechcą skromnym datkiem przyczynić się do wzniesienia rzeczonego pomnika.

Składki przyjmuje prof. Dr. Odo Bujwid (ul. Kolejowa 3), wezwany przez komitet w Paryżu do zajęcia się sprawą pomnika u nas.

Termin do wnoszenia takowych 31 Grudnia 1896.

*St. Tarnowski* prezes Akademii Umiejętności. *Szczęsny Kreutz* rektor Uniwersytetu Jagiellońskiego. *Dr. Józef Surzycki* prezes Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. *A. Witkowski* przewodniczący oddziału krak. Towarzystwa przyrodniczego. *O. Bujwid* dyr. zakładu higieny, skarbnik komitetu.

* Prof. Wicherkiewicz, chwilowo bawiący w San Remo, według wiadomości, podanej przez *Nowiny lekarskie* (Nr. 12), ma się o tyle dobrze, że w niedalekim czasie rozpocznie wykłady na Uniwersytecie Jagiellońskim.

* Wydział Krajowy mianował sekundaryuszem szpitala św. Łazarza Dra Zygmunta Wachtla.

* Stopień doktora medycyny na Uniwersytecie Jagiellońskim otrzymał Stanisław Polański z Mościsk; Maciej Piechnik z Druszkowa Pustego w Galicyi.

* Dzienniki donoszą, że na wniosek prof. Schröttera wybrało Tow. lek. wiedeńskie specyalną komisyę, dla zbadania sprawy palenia zwłok.

* **Mianowani**: Dr, Janovský, używający do tej pory tytułu profesora zwyczajnego, mianowany został profesorem zwyczajnym chorób skórnych i wenerycznych w czeskim wydziale w Pradze.

○ W sprawie kas chorych pracodawców (*Meistercassen*) wniosła Izba lekarska wiedeńska petycyę do Rady państwa, występując przeciw urządzeniu kas chorych pracodawców. Izba poselska jednak przeszła nad tem słusznem żądaniem Izby lek. wiedeńskiej do porządku dziennego. Jeżeli się uwzględni, że nie chodzi tu o ubezpieczenie ubogich na wypadek choroby, lecz, że taka kasa chorych, podkopując żywotne sprawy stanu lekarskiego, dąży do wyzyskania go i zapewnienia członkom taniej pomocy lekarskiej, to wydziwić się nie można, że Rada państwa, której obowiązkiem jest czuwać nad interesami wszystkich stanów, z taką bezwzględnością pominęła słuszne żądania Izby lek. wiedeńskiej. Czyż w Radzie państwa nie ma ani jednego posła z kół lekarskich, którýby był ujął się za sprawami stanu do którego należy?

○ Izba lekarska wiedeńska, której podania w sprawie kas chorych pracodawców Rada państwa nie uwzględniła, wniosła petycyę do Izby Panów, w tym samym duchu, t. j. prosząc o zmianę ustawy, która zmierza do podkopania bytu stanu lekarskiego, w nadziei, że słuszne te żądania zostaną uwzględnione. O ile nam wiadomo, do petycyi wiedeńskiej Izby lekarskiej przyłączyły się wszystkie Izby lekarskie austryackie.

○ W tych dniach zawiadomiła dyrekcya szpitala powszechnego w Wiedniu praktykantów, że mianowanie sekundaryuszów szpitalnych nie będzie się odbywać, jak to było dotąd, za koleją, lecz drogą konkursu, przyczem prymaryusz, na którego oddziale posada sekundaryusza będzie opróżniona, mieć będzie prawo przedstawienia kandydata. Praktykanci szpitala zamierzają przeciw tej inowacyi energicznie wystąpić, gdyż w ten sposób zależeć oni będą od widzimisię prymaryuszów, i zdarzyć się może, że praktykant, który już kilka lat czeka na posadę sekundaryusza, zostanie pominięty, a otrzyma takową kolega, który dopiero co wstąpił na praktykę. Oprócz powyższego rozporządzenia orzeczono, że posada sekundaryusza ma być nadawaną tylko na rok, a mianowanie na rok następny będzie zależeć od opinii, wydawanej przez prymaryuszów oddziałów. Lekarze cislitawscy nie będą mogli być hospitantami szpitali. O ile oba pierwsze rozporządzenia nie są niczem uzasadnione, o tyle to ostatnie jest zrozumiałe. Młodzi lekarze bowiem woleliby wobec powyższych dwóch rozporządzeń być hospitantami, niż praktykantami szpitala, a szpitalowi znowu zależy na praktykantach, jako na kandydatach na posady sekundaryuszów.

**Artykuły oryginalne**, mieszczące się w czasopismach lekarskich polskich. W *Gazecie lekarskiej* Nrze 49. Dra Z w e i g b a u m a: Jakób Rogowicz (wspomnienie pośmiertne). Dra Ign. S t r z e m i ń s k i e g o: Cierpienia syfilityczne dziedziczne oczu w drugiem pokoleniu. Dra Fr. S t ę p k o w s k i e g o: Przyczynek do krwawień i krwotoków macicznych wątpliwego pochodzenia. Dra H i g i e r a: *Alexia subcorticalis* (ciąg dalszy). Dr. N e u g e b a u e r a: Kilka słów o męzkiem owłosieniu u kobiet. — W *Medycynie* Nrze 49. H. D. Jakób Rogowicz (wspomnienie pośmiertne). Dra Fr. N e u g e b a u e r a: 40 własnych spostrzeżeń torbieli pochwowych. Dra M. B i r o: O sklerodermii. — W *Nowinach lekarskich* zeszyt XII. Dra C h ł a p o w s k i e g o: Rozszerzenie źrenicy przejściowe jednostronne przy cierpieniach kanału pokarmowego. Dra J. N o w a k a: Badanie błony śluzowej gardła ze względu na mikroby, znajdujące się w przypadkach błonicy.

---

**Towarzystwo lekarskie krakowskie** odbędzie zwyczajne swe posiedzenie w dniu 16. Grudnia, to jest we Środę, o godzinie 6-tej wieczorem *w Collegium novum* (w sali Śniadeckich). Na porządku dziennym wybór urzędników Towarzystwa lekarskiego na rok 1897.

---

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**

# Od Administracyi.

**„Przegląd lekarski“** rozpoczyna z dniem 1 Stycznia 1897 roku trzydziesty szósty rok swego istnienia i wychodzić będzie, jak dotąd, najregularniej co soboty, w objętości co najmniej 2 arkuszy druku.

Mając na względzie potrzeby lekarzy praktycznych, zamieszcza Przegląd lekarski w swoich łamach:

*I. Artykuły oryginalne z klinik, szpitali krajowych i zagranicznych z zakresu wszystkich gałęzi nauki lekarskiej. II. Oceny i sprawozdania z najnowszych prac i podręczników. III. Wyciągi i streszczenia prac oryginalnych, publikowanych w kraju i zagranicą. IV. Felieton zajmujący się ważnemi sprawami, tyczącemi się stanu lekarskiego i medycyny publicznej. V. Korespondencye. VI. Wiadomości zawodowe i statystyczne. VII. Wiadomości bieżące.*

Jako organ Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i Towarzystwa lekarzy galicyjskich zamieszcza Przegląd lekarski Sprawozdania z posiedzeń Towarzystwa krakowskiego i wszystkich sekcyj Towarzystwa lekarzy galicyjskich.

Jako organ obu Izb lekarskich (wschodnio- i zachodnio-galicyjskiej) ogłasza sprawozdania z posiedzeń Wydziału i pełnych posiedzeń izbowych i tym sposobem, obok artykułów treści ściśle naukowej, informuje czytelnika o najważniejszych sprawach cały stan lekarski obchodzących.

Przez zaprowadzenie okładki oddzielono część redakcyjną od inseratów.

Wszystkie prace umieszczane w **Przeglądzie lekarskim,** tak oryginalne jakoteż nieoryginalne, są płatne.

**Autorowie otrzymują bezpłatnie 25 odbitek ze swych prac; życzący sobie otrzymać większą ich liczbę zechcą na pierwszej stronnicy rękopisu oznaczyć to wyraźnie; życzeniom bowiem później objawianym zadość czynić nie możemy.**

Administracya uprasza jak najuprzejmiej Szanownych Prenumeratorów o rychłe nadsyłanie prenumeraty na rok 1897, najlepiej (załączonym przekazem) wprost do biura *Administracyi »Przeglądu lekarskiego«, Kraków, ul. Strzelecka l. 2.*

## Przedpłata wynosi:

| | w Austryi | | w Król. Pols. i Ces. Ros. | w Niemczech | we Francyi |
|---|---|---|---|---|---|
| **Rocznie:** | 8 złr. | 80 ct. | 6 rs. | 14 mk. | 24 fr. |
| **Półrocznie:** | 4 » | 40 » | 3 » | 7 » | 12 » |
| **Kwartalnie:** | 2 » | 20 » | $1^1/_2$ » | $3^1/_2$ » | 6 » |

Zwracamy zarazem przy tej sposobności uwagę Szanownych Członków korespondentów Towarzystwa lekarskiego krakowskiego, iż według obowiązującego statutu winni **Przegląd lekarski** abonować bezpośrednio w Administracyi.

**Członkowie Towarzystwa lekarzy galicyjskich** pobierają Przegląd lekarski w Administracyi, **wnoszą zaś prenumeratę** za pośrednictwem Towarzystwa lekarzy galicyjskich **we Lwowie**; Członkowie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego — w księgarni Wgo Krzyżanowskiego w Krakowie

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego.

W drukarni Uniwersytetu Jagiellońskiego, pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.





Nakładem Tow. lek. krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.